164e Année — N° 38 NS

REPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTE - EGALITE - FRATERNITE

17 Septembre 2015

ISSN 1141 - 4774

JOURNAL OFFICIEL

DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

Philippe MACHENAUD-JACQ
Mail : philippe.machenaud@mai

NUMERO SPECIAL

Matahiti 164
N° 38 - Numera Taae

TE VE'A A TE HAU NO POLYNESIA FARANI

Mahana 17
no Tetepa 2015

IMPRIMERIE OFFICIELLE — 43, rue des Poilus-Tahitiens - BP 117 - 98713 PAPEETE — Tél. : 40 50 05 80 - Télécopieur (Fax) : 40 50 05 85

SOMMAIRE

PARTIE OFFICIELLE

ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

ARRETES DU CONSEIL DES MINISTRES **Pages**

Arrêté n° 1337 CM du 9 septembre 2015 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente 1648

Page LEXPOL 2 sur 100

PARTIE OFFICIELLE

ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

ARRETES DU CONSEIL DES MINISTRES

ARRETE n° 1337 CM du 9 septembre 2015 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente.

NOR : DSP1520514AC-1

Le Président de la Polynésie française,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la recherche,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 676 PR du 16 septembre 2014 modifié portant nomination du vice-président et des ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions ;

Vu la loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits et prestations remboursables ;

Vu l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale émis en sa séance du 3 juillet 2015 ;

Vu l'avis du conseil d'administration du régime des non-salariés émis en sa séance du 26 juin 2015 ;

Vu l'avis du comité de gestion du régime de solidarité de la Polynésie française émis en sa séance du 10 juillet 2015 ;

Vu la proposition du directeur de la santé ;

Le conseil des ministres en ayant délibéré dans sa séance du 9 septembre 2015,

Arrête :

Article 1er.— La liste des produits et prestations remboursables, annexée à l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 susvisé, est complétée et modifiée comme suit :

- des rubriques sont modifiées conformément aux indications de l'annexe I du présent arrêté intitulée "Modifications sur les rubriques de la liste des produits et prestations remboursables" ;
- des nomenclatures ou extraits de nomenclature sont remplacés par ceux correspondants aux codes inscrits dans le tableau de l'annexe II du présent arrêté intitulé "Modifications sur les nomenclatures" ;
- des nomenclatures, tarifs de responsabilité et prix limites de vente sont remplacés par ceux correspondants aux codes inscrits dans le tableau de l'annexe III du présent arrêté intitulé "Modifications sur les nomenclatures, ainsi que les tarifs de responsabilité et les prix limites de ventes" ;
- des tarifs de responsabilité et prix limites de vente sont remplacés par ceux correspondants aux codes inscrits dans le tableau de l'annexe IV du présent arrêté intitulé "Modifications sur les tarifs de responsabilité et les prix limites de ventes" ;
- des codes sont insérés à la liste des produits et prestations remboursables conformément à l'annexe V du présent arrêté intitulée "Insertion de codes". La première colonne de ce tableau indique l'emplacement de la modification ;
- des codes sont supprimés de la liste des produits et prestations remboursables conformément à l'annexe VI du présent arrêté intitulé "Suppression de la liste des produits et prestations remboursables".

Art. 2.— La date d'entrée en vigueur du présent arrêté est fixée au 2 novembre 2015.

Art. 3.— Le ministre de la relance économique, de l'économie bleue et de la politique numérique, chargé de la promotion des investissements, et le ministre de la santé et de la recherche, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 9 septembre 2015.
Pour le Président absent :
Le vice-président,
Nuihau LAUREY.

Par le Président de la Polynésie française :
Le ministre de la relance économique,
de l'économie bleue
et de la politique numérique,
Teva ROHFRITSCH.

Le ministre de la santé et de la recherche,
Patrick HOWELL.

Annexe I à l'arrêté n° 1337 CM du 09 SEP. 2015
portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014

Modifications sur les rubriques de la Liste des Produits et Prestations Remboursables

1. Au titre I, au chapitre 1er, à la section 1, à la sous-section 1 «Appareils générateurs d'aérosols», à la liste « Couples générateurs d'aérosol et nébuliseurs », dans la liste « avec conditions particulières de prise en charge », est inséré le couple générateur/nébuliseur suivant :

La prise en charge est assurée :
- pour le traitement de la mucoviscidose ;
- pour le traitement des affections respiratoires ;
- et dans le cadre des forfaits 101c03.11, 101c03.121, 101c03.122, 101c03.13, 101c03.14, 101c05.11, 101c05.121, 101c05.122, 101c05.13, 101c05.14.

Pour les couples suivants:

NÉBULISEUR		GÉNÉRATEUR	
Marque	**Référence**	**Marque**	**Référence**
Philips France Activité Healthcare	SIDESTREAM	Philips France Activité Healthcare	INNOSPIRE
Philips France Activité Healthcare	SIDESTREAM	Philips France Activité Healthcare	SAMI THE SEAL

2. Au titre I, chapitre 1er, section 1, sous-section 2, paragraphe 1, dans la rubrique « Oxygénothérapie à long terme », après le code 1130220, la rubrique suivante est insérée comme suit :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1133430	Oxygénothérapie à long terme, déambulation DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL. Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation. Système comprenant un concentrateur d'oxygène pour oxygénothérapie fixe et un compresseur/remplisseur de bouteilles pour la déambulation. Le système IFILL constitue une source d'approvisionnement en oxygène, en poste fixe par un concentrateur classique et en déambulation, grâce au compresseur qui permet le remplissage de bouteilles pour la déambulation. **Indications :** La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique et qui nécessitent un débit d'oxygène < 2,5 l/min, compatible avec l'utilisation simultanée de la fonction de concentrateur et la fonction de stockage de l'oxygène. **Modalités de prescription et d'utilisation :** En plus de la surveillance du concentrateur par le prestataire tous les deux-quatre mois, la maintenance spécifique pour le système IFILL est la suivante : - concentrateur : nettoyage des filtres 1 fois par semaine (par le patient ou son entourage) ; - compresseur : nettoyage des filtres 1 fois par semaine (par le patient ou son entourage) ; - bouteilles : ré-épreuve tous les cinq ans. **Description :** Le système comprend : 1 compresseur/remplisseur, 1 concentrateur d'oxygène et 2 bouteilles (1,2 l, 1,8 l, 2,9 l ou 4,7 l) permettant des débits pulsés ou continus, 1 sac de transport pour bouteille (1,2 l, 1,8 l ou 2,9 l) et 1 chariot pour la bouteille de 4,7 l. **Références prises en charge :** - compresseur/remplisseur IFILL : REF 535i ; - concentrateur d'oxygène COMPACT 525 KS : REF 525 KS. Ce dispositif fonctionne uniquement en mode continu. - bouteilles d'oxygène de capacité 1,2 l, 1,8 l, 2,9 l et 4,7 l : bouteilles d'oxygène à haute pression (140 bars) munies d'un manodétendeur et/ou d'une valve à la demande intégrée permettant de délivrer un débit continu et/ou un volume pulsé. - bouteilles à débit continu réglable 535i : - REF 535i-ML 6-CF : bouteille avec manodétendeur intégré 1,2 l ; - REF 535i-C-CF : bouteille avec manodétendeur intégré 1,8 l ; - REF 535i-D-CF : bouteille avec manodétendeur intégré 2,9 l ; - REF 535i-E-CF : bouteille avec manodétendeur intégré 4,7 l ; - bouteilles à volume pulsé réglable ou à débit continu fixe PD 1000A-I : - REF PD 1000A-I-ML 6 : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 1,2 l ; - REF PD 1000A-I-C : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 1,8 l - REF PD 1000A-I-D : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 2,9 l ; - REF PD 1000A-I-E : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 4,7 l ; - sac de transport pour bouteille (1,2 l : REF EX3000D-654 ; 1,8 l : REF EX3000D-651 ou 2,9 l : REF EX3000D-652) ; - 1 chariot pour la bouteille de 4,7 l : REF 3804-00-0-0000	12 628	12 628

3. Au titre Ier, chapitre 1er, section 3, sous-section 1, paragraphe 1 « Système d'autosurveillance de la glycémie », dans la rubrique « D - Dispositifs intégrant lecteur et autopiqueur pour autosurveillance de la glycémie et systèmes réactifs associés » :

- La dénomination de la rubrique Société Roche Diagnostics (ROCHE) est remplacée par « Société ROCHE DIABETES CARE France (ROCHE) ».
- Dans le code « 1108350 », le libellé « Kit pour autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK-MOBILE de la société Roche Diagnostics. » est remplacé par « Kit pour autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK-MOBILE de la société ROCHE DIABETES CARE France. »

4. Au titre Ier, chapitre 1er, section 1, sous-section 3 « Autres dispositifs pour traitement de l'insuffisance respiratoire », dans le paragraphe 4, à la rubrique « Spiromètres » :

Le paragraphe suivant :

« Spiromètre électronique portable, location trimestrielle.

La prise en charge est assurée pour la surveillance à domicile des patients transplantés pulmonaires ou cardio-pulmonaires.

Le spiromètre mesure les trois variables suivantes :

- le volume expiratoire maximal seconde (VEMS) ;
- la capacité vitale (CV) ;
- le débit expiratoire maximal de 25 % à 75 % de la capacité vitale (DEM25-75).

Le tarif couvre la mise à disposition du spiromètre, sa maintenance et ses réparations. Il correspond à une location trimestrielle.

La prise en charge est assurée pour les spiromètres suivants. »

Est remplacé par le paragraphe suivant :

« Indication :

Surveillance quotidienne à domicile des patients transplantés pulmonaires ou cardio-pulmonaires.

Description d'un spiromètre :

Le spiromètre mesure les paramètres suivants :

- capacité vitale forcée (CVF) ;
- volume expiratoire forcé par seconde (VEMS) ;
- débit expiratoire maximal médian (DEM 25-75 = débit moyen réalisé sur la moitié médiane de la CVF de 25 % à 75 % pendant une manœuvre d'expiration forcée) ;
- débit expiratoire de pointe (DEP) ;
- temps d'expiration forcée (TEF).

Il enregistre la courbe débit/volume et calcule le rapport de Tiffeneau.

Le tarif couvre la mise à disposition du spiromètre, sa maintenance et ses réparations. Il correspond à une location trimestrielle.

La prise en charge est assurée pour les spiromètres suivants.»

5. Au titre Ier, chapitre 1er, section 3, sous-section 1, le paragraphe 4 « Dispositifs d'autosurveillance du sucre et des corps cétoniques dans les urines » de la partie nomenclature et tarif est remplacé par le paragraphe suivant :

Paragraphe 4 - Dispositifs d'autosurveillance du sucre et des corps cétoniques dans les urines
Société Bayer Santé, Division Diabètes Care France (BAYER)

Indications :
La prise en charge est assurée pour l'autosurveillance des corps cétoniques dans les urines chez les :
- patients diabétiques de type 1, dans les sous-populations suivantes : patients porteurs de pompe à insuline, femmes enceintes, enfants et adolescents jusqu'à dix-huit ans, pour une recherche systématique ;
- patients diabétiques insulinotraités lors d'une hyperglycémie inexpliquée et inhabituelle.

Modalités de prescription et d'utilisation :
Recherche systématique des corps cétoniques dans les urines chez les :
- patients porteurs de pompe à insuline et les femmes enceintes. Une utilisation journalière est recommandée ;
- enfants atteints d'un diabète de type 1, une utilisation une à trois fois par jour est recommandée.

Chez les autres patients, une recherche systématique des corps cétoniques dans les urines n'est pas recommandée. Elle est justifiée uniquement chez les patients diabétiques insulinotraités lors d'une hyperglycémie inexpliquée et inhabituelle.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1184309	Autocontrôle, glucose/corps cétoniques, urines, BAYER, kétodiastix, flacon 50 bandelettes	1 510	1 510

6. Au titre I, chapitre 1er, section 3, sous- section 3, dans le paragraphe 1 « Appareils pour auto-mesure de l'INR » de la partie nomenclature et tarif, est insérée la rubrique suivante :

Société ALERE SAS

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1110570	Automesure de l'INR, lecteur, ALERE, INRatio 2 Le conditionnement comprend notamment : 1 lecteur INRatio2 ; 1 trousse ; 4 piles alcalines AA ; 1 autopiqueur 12 lancettes - Références: 0200433 (INR Home Monitoring Kit)	131 250	131 250
1143894	Automesure de l'INR, bandelette-test, ALERE, INRatio 2, boîte de 12 Les bandelettes-tests sont conditionnées en boîte de 12 - Références : 99007G1	9 625	9 625
1125241	Automesure de l'INR, bandelette-test, ALERE, INRatio 2, boîte de 48 Les bandelettes-tests sont conditionnées en boîte de 48 - Références: 99008G1	38 500	38 500

7. Au titre Ier, chapitre 1er, section 7, la sous-section 1 de la partie nomenclature et tarif relative aux appareils de photothérapie et de contrôle de la bilirubinémie pour le traitement de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 est remplacée par la sous-section suivante :

Sous-section 1 : Dispositifs sur mesure pour photothérapie pour patients atteints de la maladie de Crigler-Najjar et la surveillance de la bilirubinémie des patients

I. - INDICATIONS

Patients atteints de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 ayant besoin d'un traitement par la lumière bleue dans le spectre 420-490 nm.

La quasi-totalité des malades atteints de maladie de Crigler-Najjar de type 2 sont efficacement traités par phénobarbital.

Ce traitement doit être poursuivi à vie et permet de mener une existence normale, sans autre traitement ajouté.

Cependant, il y a des circonstances particulières et des malades particuliers.

Circonstances particulières

Certains malades atteints d'une authentique maladie de Crigler-Najjar de type 2 peuvent avoir besoin de photothérapie lors d'épisodes de décompensation aiguë, lors de grossesses ainsi que dans la période préconceptionnelle afin d'éviter tout risque foetal. L'ajout de la photothérapie au traitement de fond par phénobarbital est décidé par un médecin du centre de référence, ou par un médecin d'un centre de compétence, après avis auprès du centre de référence.

Il y a certains malades particuliers qui ont une maladie de Crigler-Najjar dont le type peut être considéré comme intermédiaire entre un type 1 (ictère n'étant pas sensible au phénobarbital) et un type 2 (ictère étant suffisamment sensible au phénobarbital pour pouvoir se passer de photothérapie). C'est, par exemple, le cas de malades dont l'ictère réagit partiellement au phénobarbital, mais pas suffisamment pour amener la bilirubinémie, de façon significative et stable, en dessous du seuil de neurotoxicité. Chez ces malades, la photothérapie peut être indiquée, en sus du traitement par phénobarbital. Là encore, l'ajout de la photothérapie au traitement de fond par phénobarbital est laissé à l'appréciation et à l'indication du médecin expert spécialiste de cette affection.

La première prescription de dispositif est effectuée par un praticien d'un centre de référence de la maladie.

Tout renouvellement ou modification de la prescription doit être effectué par un praticien d'un centre de référence ou d'un centre de compétence.

II. - MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

L'efficacité du dispositif lumineux dépend de la surface exposée, de l'irradiance diffusée à la peau (dépendant de l'énergie lumineuse fournie et de la distance entre la source lumineuse et la surface traitée) et de la durée d'exposition à la lumière; cela dans le respect du spectre lumineux entre 420 et 490 nm correspondant à l'absorption maximale par la bilirubine sous-cutanée pour permettre sa dégradation.

Le traitement par la lumière doit être appliqué au quotidien pendant un minimum de huit heures chez tous les patients atteints de Crigler-Najjar type 1. Ce traitement s'effectue donc en pratique, chaque jour, pendant les heures de sommeil. Ce principe est valable en dehors des périodes de décompensation de la maladie, pendant lesquelles il peut devoir être appliqué au-delà de douze voire dix-huit heures par jour. La durée quotidienne du traitement est déterminée par le praticien de référence en fonction du taux de bilirubine cible qu'il a fixé.

La surface cutanée exposée est au minimum d'une face du corps et peut aller jusqu'à la totalité du corps.

III. - DESCRIPTION GÉNÉRALE DU DISPOSITIF

Le dispositif se compose des éléments décrits ci-dessous dans les paragraphes 1, 2 et 3.

1. Sources lumineuses :

Deux types de sources sont actuellement utilisables pour émettre une lumière suffisamment intense et de longueur d'onde comprise entre 420 et 490 nm : les tubes fluorescents « spécial bleu » et les diodes électroluminescentes ou LED.

Le nombre de lampes nécessaires pour traiter un patient dépend de sa taille, du dosage de bilirubine cible, du contexte clinique mais aussi du ou des dispositifs lumineux dont il dispose et qui est prescrit par le praticien de référence.

L'énergie lumineuse de ces lampes diminue avec leur vieillissement, et donc leur renouvellement est à prévoir dès que le niveau d'irradiance nécessaire pour atteindre le taux cible de bilirubine n'est plus atteint par défaillance de la source (et non par évolution de la maladie). Le renouvellement des lampes fait donc l'objet d'une prescription par le praticien de référence du patient.

L'irradiance minimale efficace est au minimum de 2 mW/cm2 , mesurés au niveau cutané (mesures effectuées avec le radiomètre Babyblue Mediprema) ou niveau équivalent en µW/cm2/nm (voir Centre national de référence en hémobiologie périnatale). L'irradiance optimale est de 4 à 6 mW/cm2.

2. Supports des sources lumineuses et piétement :

Ces supports doivent être modulables ou adaptables en taille et positions par rapport au patient : ils se présentent sous forme de modules en plaques, caissons, rampes, tissu de fibre optiques, gel. En effet, ils devront pouvoir évoluer avec les besoins de la personne atteinte de Crigler-Najjar (croissance, contexte clinique) et permettre une vie sociale (déplacement) tout en assurant une bilirubinémie cible. Ces supports peuvent être placés en dessous et/ou en dessus et/ou sur le côté du corps suivant la prescription du médecin référent. Pour ce faire, tout support des lampes est associé à un piétement adapté et spécifique.

3. Cadre de couchage et tissu :

Le traitement est appliqué essentiellement pendant les heures de sommeil ou de repos. Le type de couchage dépendra du ou des dispositifs prescrits au patient. Afin de permettre une exposition à la lumière par le dessous, un couchage adapté est nécessaire ; il se compose d'un cadre sur pieds sur lequel se fixe un tissu adapté permettant d'obtenir l'irradiance cible au niveau de la peau du patient. Ce tissu doit être fixé de façon à obtenir un couchage sécurisé et une distance homogène par rapport à la source. Chaque personne avec traitement lumineux par le dessous doit être équipée de deux tissus qui seront prescrits et renouvelés par le praticien de référence.

Paragraphe 1 : Système pour photothérapie

1.1 - Supports et couchage fixes

Les sources lumineuses et leurs supports sont déterminés par le praticien de référence de façon adaptée à chaque patient. Le couchage est adapté au dispositif lumineux prescrit.

Une vérification doit être effectuée à l'installation régulièrement. Elle intègre la vérification de l'irradiance à la distance d'exposition sur l'ensemble de la surface exposée dans les conditions d'utilisation au quotidien de l'appareil.

Ces vérifications seront effectuées selon un protocole établi par le Centre national de référence en hémobiologie périnatale (CNRHP). Elles sont sous la responsabilité du service biomédical hospitalier des centres de compétence ou de référence qui assurent le suivi clinique des patients. Le CNRHP pourra sur demande (recours) effectuer ces vérifications au domicile de la personne atteinte ou fournir un radiomètre étalonné si besoin. Le renouvellement des sources lumineuses, du ou des supports et du couchage se fera sur prescription du médecin référent.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1164904	Photothérapie, support et couchage, système fixe La prise en charge est assurée pour la primo-acquisition du système et ses évolutions (notamment supports). Elle concerne également les renouvellements du dispositif En primo-acquisition, elle comprend les deux premiers tissus nécessaires à l'obtention d'un couchage sécurisé ainsi que les sources lumineuses La prise en charge est assurée sur devis validé par le centre de référence, qui matérialisera son accord par apposition d'un visa d'un médecin du centre et du tampon du service La prise en charge est assurée sur présentation de la facture même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie Le renouvellement du ou des supports et du couchage se fera sur prescription du médecin référent	Sur devis	Sur devis

1.2 - Supports et couchage mobiles (permettant les déplacements)

Le traitement par la lumière étant quotidien pendant plusieurs heures tout au long de l'année, toute personne atteinte de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 doit être équipée, en plus du dispositif fixe suscité, d'un autre dispositif lumineux permettant les déplacements et lui assurant ainsi une vie sociale. Il en est de même pour toute personne atteinte de la maladie de Crigler-Najjar de type intermédiaire.

Les sources lumineuses et leurs supports sont déterminés par le praticien de référence de façon adaptée à chaque patient.

Le couchage est adapté au dispositif lumineux prescrit.

Une vérification doit être effectuée à l'acquisition puis deux fois par an. Elle intègre la vérification de l'irradiance à la distance d'exposition sur l'ensemble de la surface exposée dans les conditions d'utilisation au quotidien de l'appareil. Ces vérifications seront effectuées selon un protocole établi par le Centre national de référence en hémobiologie périnatale (CNRHP).

Elles sont sous la responsabilité du service biomédical hospitalier des centres de compétence ou de référence qui assurent le suivi clinique des patients. Le CNRHP pourra sur demande (recours) effectuer ces vérifications au domicile de la personne atteinte ou fournir un radiomètre étalonné si besoin.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1114540	Photothérapie, support et couchage, système mobile. La prise en charge est assurée pour la primo-acquisition du système permettant les déplacements et ses évolutions (notamment supports). Elle concerne également les renouvellements du dispositif. En primo-acquisition, elle comprend les deux premiers tissus nécessaires à l'obtention d'un couchage sécurisé. La prise en charge est assurée sur devis validé par le centre de référence, qui matérialisera son accord par apposition d'un visa d'un médecin du centre et du tampon du service. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie. Le renouvellement du ou des supports et du couchage se fera sur prescription du médecin référent.	Sur devis	Sur devis

1.3 - Sources lumineuses :

Le type et le nombre de sources lumineuses sont définis par le praticien de référence en fonction du support choisi et de son patient.
La prise en charge des sources lumineuses et de leur renouvellement est assurée sur prescription du praticien de référence.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1181908	Photothérapie, dispositif lumineux, tube, l'unité La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant du fabricant ou distributeur même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie Le renouvellement des sources lumineuses se fera sur prescription du médecin référent	5 070	5 070

1170129	Photothérapie, dispositif lumineux, tube, PDG, BILICRYSTAL, l'unité Minitube lumineux BILICRYSTAL de la société PDG Références prises en charge : 20.720.0033 La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société PDG même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie Le renouvellement des sources lumineuses se fera sur prescription du médecin référent	7 284	7 284
1144712	Photothérapie, dispositif lumineux, diodes luminescentes (LED), le bloc La prise en charge est assurée sur devis préalable La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant du fabricant ou distributeur même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie Le renouvellement des sources lumineuses se fera sur prescription du médecin référent	Sur devis	Sur devis

Paragraphe 2 : Accessoires et prestations associées au système pour photothérapie

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1128475	Photothérapie, lunettes ou masque, MEDIPREMA, EYEMAX, B/20 Des lunettes ou masque de protection pour les yeux sont utilisés pendant l'exposition lumineuse. Ils sont adaptés aux tours de tête compris entre 20 cm et 38 cm et sont utilisés selon prescription du praticien de référence La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société MEDIPREMA même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie Références prises en charge: EYEMAX2 MICRO référence 4165, EYEMAX2 PREEMIE référence 4166, EYEMAX2 REGULAR référence 4167	22 978	22 978
1114088	Photothérapie, lunettes ou masque, ≤ à 2 ans, PDG, NEOMASK, B/20 Des lunettes ou masque de protection pour les yeux sont utilisés pendant l'exposition lumineuse. Ils sont adaptés à la morphologie de l'enfant âgé de 2 ans ou de moins de 2 ans et sont utilisés selon prescription du praticien de référence La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société PDG même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie Références prises en charge: NEOMASK références 00.325.0101, 00325.0102, 00.325.0103	12 180	12 180
1161107	Photothérapie, lunettes ou masque de protection, > 13 ans, filtrant (indice 4) Participation à la prise en charge de verres filtrants haute protection (indice 4) qui pourront être nécessaires aux patients de plus de 13 ans, qu'ils soient prescrits ou non dans le cadre d'un trouble de la réfraction, pour permettre de travailler ou lire pendant le traitement. La nécessité de verres filtrants sera prescrite par le praticien de référence La prise en charge sera assurée sur facture de l'opticien	8 750	8 750
1105570	Photothérapie, lunettes ou masque de protection, ≤13 ans, filtrant (indice 4) Participation à la prise en charge de verres filtrants haute protection (indice 4) qui pourront être nécessaires aux enfants de moins de 13 ans, qu'ils soient prescrits ou non dans le cadre d'un trouble de la réfraction, pour permettre de travailler ou lire	6 125	6 125

	pendant le traitement. La nécessité de verres filtrants sera prescrite par le praticien de référence La prise en charge sera assurée sur facture de l'opticien		
1173820	Photothérapie, support et couchage, tissu, 2 mètres La prise en charge de ce code est assurée pour le renouvellement du couchage en tissu (tissu transparent en crin et tissu de renfort en percale forte ou toile de parachute). Il est pris en charge sur présentation de la facture émanant du fabricant ou distributeur même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie	4 375	
1147194	Photothérapie, dispositif lumineux, radiomètre, MEDIPREMA, BABYBLUE BABYBLUE peut être prescrit par le praticien du centre de référence. Ce radiomètre est un appareillage destiné à la surveillance de l'irradiance des sources lumineuses Il doit être étalonné pour mesurer une irradiance de 450 nm/460 nm. Un étalonnage par un établissement agréé tous les 18 mois est recommandé Le radiomètre BABYBLUE, hors piles, est garanti pour une durée de trois ans, pièces et main-d'oeuvre. Tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ne sont pas couverts par la garantie La prise en charge est assurée tous les dix ans. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société MEDIPREMA même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie Le tarif inclut les frais de port	437 500	437 500
1176942	Photothérapie, dispositif lumineux, radiomètre, MEDIPREMA BABYBLUE, maintenance. Le transport sera effectué avec l'emballage d'origine du dispositif Sa prise en charge est assurée tous les 18 mois. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société MEDIPREMA même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie	117 180	117 180
1132850	Photothérapie, dispositif lumineux, forfait mensuel Participation aux frais d'électricité liés à la photothérapie des patients atteints de la maladie de Crigler-Najjar Cette participation est versée au patient dès lors que l'un des codes 1181908 ou 1144712 ou 1170129 est pris en charge	5 688	5 688

Paragraphe 3 : Appareil de surveillance de l'efficacité thérapeutique sur la bilirubinémie

Les bilirubinomètres permettent d'assurer la surveillance au quotidien de l'efficacité thérapeutique par évaluation du taux de bilirubine sous-cutanée. Une valeur cible (de préférence définie à partir de la corrélation avec un dosage plasmatique de bilirubine: bilirubinémie) est définie pour chaque patient avec une valeur maximale qui est un seuil d'alerte par le médecin référent prescripteur. Un dépassement du seuil impose une vérification du matériel, une adaptation du traitement par la lumière et le dépistage d'une décompensation. Le dépassement de la valeur seuil déclenche donc une demande d'avis au praticien de référence.

Tous les patients sont par ailleurs surveillés selon prescription médicale par bilan sanguin (taux de bilirubine).

La fréquence de la surveillance du taux de bilirubine est quotidienne chez un patient Crigler-Najjar.

L'évaluation du taux de bilirubine se fait par mesure spectro-photométrique de la coloration de la peau.

Chaque patient doit bénéficier d'un bilirubinomètre transcutané (non invasif). Il sera prescrit par le praticien de référence.

Le renouvellement est pris en charge tous les dix ans.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1173903	Photothérapie, bilirubinomètre transcutané, DRÄGER, modèle JM-105 Forfait de prise en charge du bilubinomètre ne nécessitant pas l'utilisation de consommables comprenant le forfait de calibration annuelle sur une durée de dix ans, les frais d'envoi et de retour du dispositif, le prêt d'un bilirubinomètre lors d'une recalibration programmée ainsi que la formation des utilisateurs Le bilirubinomètre est livré avec des câbles d'alimentation, une base chargeur, une pochette de transport, une dragonne et une notice d'utilisation Le bilirubinomètre JM-105 est garanti pour une durée de trois ans, pièces et main-d'oeuvre. Tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ne sont pas couverts par la garantie. Le forfait de calibration annuelle est assuré par le fabricant, qui assure l'acheminement du produit du domicile du patient à son atelier et le retour au domicile. Le prêt d'un bilirubinomètre est inclus lorsque la recalibration est programmée et sous réserve de disponibilité d'un bilirubinomètre de prêt. Le fabricant assure la formation au domicile des utilisateurs du bilirubinomètre La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société DRÄGER même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie	1 323 875	1 323 875

8. Au Titre I, Chapitre 1er, section 5, sous-section 1, paragraphe 4 « Implants articulaires de hanche » de la partie « nomenclature et tarif », la rubrique « Prothèses de hanche de resurfaçage » jusqu'à « Autre implant » est remplacée par la rubrique suivante :

Prothèses de hanche de resurfaçage

Les prothèses de resurfaçage sont composées d'un cotyle et d'une cupule fémorale qui vient recouvrir la tête du fémur du patient formant un couple de frottement métal-métal.

Indications :

Arthroplastie totale de la hanche pour des patients jeunes et actifs ayant une coxarthrose.

Les prothèses de resurfaçage sont indiquées chez les patients :

- âgés de moins de 50 ans (cette limite d'âge étant indicative) ;
- ayant une activité professionnelle et/ou pratiquant une activité sportive physiquement exigeante avant l'intervention (activités professionnelles de type travailleur de force et/ou avec port de charges, activités sportives de niveau d'impact moyen ou élevé selon la classification de Clifford et Mallon) ;
- dont le projet de vie après l'intervention implique la poursuite de ce type d'activités physiquement exigeantes et dont l'état physiologique (qualité osseuse notamment) et la morphologie (diamètre de tête fémorale native supérieur ou égal à 48 mm, notamment) sont compatibles avec l'implantation d'une prothèse totale de resurfaçage.

Contre-indications :

- ostéopénie et ostéoporose ;
- dysplasie sévère de la cavité acétabulaire ;
- insuffisance rénale ;
- allergies au chrome, au cobalt et au nickel. Le dépistage d'une allergie à ces métaux doit être réalisé au moyen d'un interrogatoire du patient et, éventuellement, d'un test épicutané.

Modalités de prescription et d'utilisation :

- l'utilisation des prothèses de resurfaçage n'est pas indiquée dans les cas de polyarthrite rhumatoïde et d'ostéonécrose aseptique étendue de la tête fémorale ;
- l'utilisation des prothèses à couple de frottement métal-métal, dont font partie les prothèses de resurfaçage, n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer ;
- par mesure de précaution chez les patients porteurs de ce type de prothèse, il est recommandé de surveiller la fonction rénale.

Un suivi spécifique des patients implantés avec une prothèse totale de hanche de resurfaçage est nécessaire, il comporte notamment un examen clinique et d'imagerie annuel les cinq premières années, puis la surveillance se poursuit au-delà de la cinquième année. Par ailleurs, les concentrations sériques d'ions métalliques doivent être surveillées, selon les recommandations de l'ANSM. La surveillance de la fonction rénale est commune à toutes les prothèses de hanche à couple de frottement métal-métal.

Compte tenu de la difficulté de la technique d'implantation d'une prothèse totale de hanche de resurfaçage, de la courbe d'apprentissage qui en résulte et de la stricte sélection nécessaire des patients, l'implantation de ces dispositifs doit être :

- réservée aux chirurgiens orthopédistes compétents et expérimentés, impliqués dans la prise en charge chirurgicale des affections de la hanche et pratiquant au moins cinquante implantations de prothèses totales de hanche de resurfaçage par an. Ils doivent avoir été formés soit par compagnonnage auprès d'un chirurgien compétent et expérimenté pour l'arthroplastie de resurfaçage, lui-même formé à la pratique et pratiquant au moins cinquante implantations de prothèses totales de hanche de resurfaçage par an, soit durant leur internat ou post internat dans un centre spécialisé (cf. infra). Ils doivent avoir reçu une formation théorique sur la technique (apprentissage de la chirurgie, enseignement des gestes auprès de l'équipe chirurgicale...) et fondamentale en biomécanique ;
- réalisée dans un centre spécialisé dans l'arthroplastie de hanche de resurfaçage, le caractère spécialisé du centre étant défini par la présence d'un chirurgien compétent et expérimenté en arthroplastie de resurfaçage de hanche. Par ailleurs, l'équipe intervenant au bloc opératoire (aide-opératoires, infirmiers, anesthésistes) doit elle aussi avoir été formée à la technique.

De plus, ce centre doit participer au recueil exhaustif de données de suivi jusqu'à dix ans de recul. Les centres implantant des prothèses de resurfaçage BHR et CONSERVE + devront utiliser les mêmes critères de jugement et utiliser des scores validés.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Société MICROPORT ORTHOPEDICS (MicroPort)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3153833	Hanche, tête fémorale avec tige alliage métal, MicroPort, CONSERVE +, resurfaçage Prothèse de resurfaçage CONSERVE PLUS, tête fémorale avec tige en alliage métallique en cobalt-chrome-molybdène, de la société MicroPort Orthopedics. **Références :** 3803-1048, 3803-1050, 3803-1052, 3803-1054, 3803-1056.	98 813	98 813
3113124	Hanche, cupule acétabulaire, MicroPort, CONSERVE +, resurfaçage Prothèse de resurfaçage CONSERVE PLUS; cupule acétabulaire en alliage métallique en cobalt-chrome-molybdène, de la société MicroPort Orthopedics. **Références :** Cotyles 6 mm sans revêtement en hydroxyapatite (HA) : 3802-4854, 3802-5056, 3802-5258, 3802-5460, 3802-5662, 3802-5664. Cotyles 6 mm avec revêtement en HA : 38HA-4854, 38HA-5056, 38HA-5258, 38HA-5460, 38HA-5662, 38HA-5664. Cotyles 6 mm avec picots : 38SP-4854, 38SP-5056, 38SP-5258, 38SP-5460, 38SP-5662, 38SP-5664. Cotyles 10 mm : 3802-1154, 3802-1156, 3802-1158, 3802-1160, 3802-1162, 3802-1164.	132 653	132 653

Société SMITH & NEPHEW ORTHOPAEDICS France SAS (SMITH)

La prise en charge de la prothèse de resurfaçage BHR n'est assurée que pour une arthroplastie totale de la hanche chez des patients atteints de coxarthrose et âgés de moins de 65 ans

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3145064	Hanche, tête fémorale avec tige alliage métallique, Smith, BHR resurfaçage. Prothèse de resurfaçage BHR en alliage de cobalt-chrome-molybdène, tête fémorale avec tige de la société Smith & Nephew. **Références :** 74123148 Tête fémorale BHR diam. 48 mm, 74121150 Tête fémorale BHR diam. 50 mm, 74123152 Tête fémorale BHR diam. 52 mm, 74121154 Tête fémorale BHR diam. 54 mm, 74123156 Tête fémorale BHR diam. 56 mm, 74121158 Tête fémorale BHR diam. 58 mm	98 813	98 813
3140339	Hanche, cupule acétabulaire recouverte d'hydroxyapatite, Smith, BHR resurfaçage. Prothèse de resurfaçage BHR en alliage de cobalt-chrome-molybdène, cupule acétabulaire hémisphérique recouverte d'hydroxyapatite de la société Smith & Nephew. **Références :** 74120154 cupule acétabulaire BHR diam. 54 mm, 74122154 cupule acétabulaire BHR diam. 48/54 mm, 74122156 cupule acétabulaire BHR diam. 48/56 mm, 74120156 cupule acétabulaire BHR diam. 56 mm, 74120158 cupule acétabulaire BHR diam. 58 mm, 74122158 cupule acétabulaire BHR diam. 52/58 mm, 74122160 cupule acétabulaire BHR diam. 52/60 mm, 74120160 cupule acétabulaire BHR diam. 60 mm, 74120162 cupule acétabulaire BHR diam. 62 mm, 74122162 cupule acétabulaire BHR diam. 56/62 mm, 74122164 cupule acétabulaire BHR diam. 56/64 mm, 74120164 cupule acétabulaire BHR diam. 64 mm, 74120166 cupule acétabulaire BHR diam. 66 mm.	132 653	132 653

9. Au titre Ir, chapitre 1er, section 7, sous-section 4 «Articles divers», dans la rubrique «Solution stérile pour traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kérato-conjonctivite sèche» de la partie «nomenclature et tarif», est insérée la rubrique suivante :

Société SANTEN SAS (SANTEN)

Indications :

Traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite en troisième intention après échec des substituts lacrymaux de faible viscosité et des gels.

Modalités de prescription et d'utilisation :

Prescription par un ophtalmologiste après diagnostic de kératite ou de kératoconjonctivite sèche, notamment par un test colorimétrique réalisé à lampe à fente.

Prescription initiale ne pouvant excéder six mois de traitement.

Renouvellement autorisé après examen ophtalmologique.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1136925	Solution à usage ophtalmique, SANTEN, CATIONORM, boîte de 20 unidoses, 0,4 ml.	569	
1100028	Solution à usage ophtalmique, SANTEN, CATIONORM, boîte de 30 unidoses, 0,4 ml.	856	
1192020	Solution à usage ophtalmique, SANTEN, CATIONORM, flacon multidoses stérile 10 ml.	2 013	2 538

10. Au titre Ier, chapitre 3, section 2, sous-section 1, dans le paragraphe 4 « Système compressif multicouche » de la partie « nomenclature et tarif », est insérée la rubrique suivante :

3M France SAS (3M)

La prise en charge de 3M COBAN 2 est assurée en cas d'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8.

3M COBAN 2 peut être laissé en place sur la jambe jusqu'à 7 jours maximum. En début de traitement, il doit être renouvelé autant de fois que le niveau d'exsudat le nécessite, ou lorsque la circonférence de la cheville évolue (oedème).

Le bandage multicouche est une technique complexe qui nécessite une formation préalable du personnel soignant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1381286	Système compression veineuse, 3M, 3M COBAN 2 Le système compressif ou kit 3M COBAN 2 bi-bandes est exempt de latex et composé d'une bande interne semi-cohésive composée de mousse de polyuréthane et d'une bande externe cohésive compressive non tissée. Référence prise en charge : 2094 : 1 bande interne, dimensions : largeur 10 cm × longueur 2,70 m et 1 bande externe, dimensions : largeur 10 cm × longueur (étirée) 4,70 m.	3 929	

11. Au titre II, chapitre 1, section G, dans la sous-section 3 « Nomenclature et tarifs », la rubrique suivante est insérée « Supplément pour les articles aux mesures du patient »

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PF00005	Supplément de 40% sur le tarif de responsabilité de l'appareillage de série correspondant. Prise en charge uniquement sur présentation d'une ordonnance mentionnant l'appareillage « sur-mesure ».		

12. Au titre II, chapitre 4, section 5, sous-section 2 «Prothèse respiratoire et phonatoire à usage unique pour laryngectomisés totaux porteurs ou non d'implant phonatoire», la société « Société IST Medical (IST)» est remplacée par la société « Société COLLIN SAS (COLLIN) ».

13. Au titre II, chapitre 7, dans la rubrique « Spécifications techniques », annexe VI, dans la rubrique « Pieds à restitution d'énergie » :

1. **Dans « I. – Spécifications techniques pour adultes », avant « I.1. – Exigences générales pour adultes (taille _ 22 cm) », le paragraphe commençant par : « Les pieds à restitution d'énergie sont pris en charge après évaluation technique par un laboratoire d'essais, compétent et indépendant, selon des spécifications techniques définies (cf. les exigences générales et exigences de performance pour adultes). », et se terminant par : « Les pieds à restitution d'énergie sont garantis pour une durée minimale de deux ans hors revêtement esthétique, et ce dans des conditions normales d'utilisation. » est remplacé comme suit :**

   Les pieds à restitution d'énergie sont pris en charge après évaluation technique par un laboratoire d'essais, compétent et indépendant, selon des spécifications techniques définies (cf. les exigences générales et exigences de performance pour adultes).

La conformité des pieds à restitution d'énergie aux spécifications techniques est reconnue pour une durée de cinq ans. Au-delà, un relevé des caractéristiques force-déformation sur pied neuf devra être réalisé auprès d'un laboratoire d'essais compétent et indépendant. Les résultats du nouveau relevé des caractéristiques force déformation sur pied neuf sera comparé aux résultats du relevé antérieur (sur pied neuf). Si les valeurs des quatre énergies mesurées (énergie emmagasinée et restituée, à l'avant-pied et au talon) sont différentes de plus de : 20 % pour les pieds de classe I et pour amputation basse de jambe ; 15 % pour les pieds de classe II et pour les pieds de classe III ; alors le pied devra faire l'objet d'une réévaluation technique complète. Dans le cas contraire, la conformité est reconduite pour cinq ans.

Pour chaque pied, l'industriel doit mettre à disposition des prescripteurs les informations techniques qui lui sont utiles à savoir :

- les réglages, les combinaisons de butées, les configurations (choix de lames...) possibles en fonction du poids de l'utilisateur et/ou de son activité ;
- la date de réalisation des essais d'évaluation technique et le nom du laboratoire qui a réalisé les essais ;
- les résultats des essais : valeurs de la propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation), de la déformation permanente à l'avant-pied et au talon, de l'inversion/éversion, de l'amplitude sagittale ;
- la charge maximale autorisée définie par le fabricant et présentée selon la norme NF EN ISO 10328 : 2006 relative aux essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs.

Ces informations doivent également être accessibles à l'utilisateur. Par ailleurs, après appareillage, l'industriel doit remettre à l'utilisateur un document d'information, rédigé en français et indiquant clairement les opérations d'entretien à réaliser (changement de pièces d'usure, graissage, vérification de la visserie) et la fréquence à laquelle doivent intervenir ces opérations.

Les pieds à restitution d'énergie sont garantis pour une durée minimale de deux ans hors revêtement esthétique, et ce dans des conditions normales d'utilisation.

2. **Dans « II. – Spécifications techniques pour enfants », avant « II.1. Exigences générales pour enfants (taille _ 21 cm). », le paragraphe commençant par : « Les pieds à restitution d'énergie pour enfant sont pris en charge après évaluation technique par un laboratoire d'essais, compétent et indépendant, selon des spécifications techniques définies (cf. les exigences générales et les exigences de performance pour enfants) Les critères techniques évalués permettront de caractériser les pieds et de définir s'ils satisfont aux exigences de la ligne générique "pieds à restitution d'énergie pour enfant". » et se terminant par : « Les pieds à restitution d'énergie pour enfant sont garantis pour une durée minimale de deux ans hors revêtement esthétique, et ce dans des conditions normales d'utilisation » est remplacé comme suit :**

Les pieds à restitution d'énergie pour enfant sont pris en charge après évaluation technique par un laboratoire d'essais, compétent et indépendant, selon des spécifications techniques définies (cf. les exigences générales et les exigences de performance pour enfants).

La conformité des pieds à restitution d'énergie pour enfant aux spécifications techniques est reconnue pour une durée de cinq ans. Au-delà, un relevé des caractéristiques force-déformation sur pied neuf devra être réalisé auprès d'un laboratoire d'essais compétent et indépendant. Les résultats du nouveau relevé des caractéristiques

force-déformation sur pied neuf seront comparés aux résultats du relevé antérieur (sur pied neuf). Si les valeurs des quatre énergies mesurées (énergie emmagasinée et restituée à l'avant-pied et au talon) sont différentes de plus de 15 %, alors le pied devra faire l'objet d'une réévaluation technique complète. Dans le cas contraire, la conformité est reconduite pour cinq ans.

Pour chaque pied, l'industriel doit mettre à disposition des prescripteurs les informations techniques qui lui sont utiles à savoir :

- les réglages, les combinaisons de butées, les configurations (choix de lames...) possibles en fonction du poids de l'utilisateur et/ou de son activité ;
- la date de réalisation des essais d'évaluation technique et le nom du laboratoire qui a réalisé les essais ;
- les résultats des essais : valeurs de la propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation) et du rendement de l'avant-pied ;
- la charge maximale autorisée définie par le fabricant.

Ces informations doivent également être accessibles à l'utilisateur et à son entourage. Par ailleurs, après appareillage, l'industriel doit remettre à l'utilisateur un document d'information, rédigé en français et indiquant clairement les opérations d'entretien à réaliser (changement de pièces d'usure, graissage, vérification de la visserie) et la fréquence à laquelle doivent intervenir ces opérations.

14. Au titre II, chapitre 7, annexe VII, section II « Appareillage du membre inférieur », chapitre III « Adjonctions et variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques et endosquelettiques », dans la rubrique « Applicables à la cheville », les codes AI 8 Z 102, AI 8 Z 103, AI 8 Z 104 et AI 8 Z 100 sont respectivement remplacés par les codes 2719391, 2749357, 2709406 et 2727077.

15. Au titre III, chapitre 1er, section 1, dans la sous-section 2 « Implants vasculaires », les paragraphes 3 à 10 deviennent les paragraphes 2 à 9.

16. Au titre III, chapitre Ier, section 1, sous-section 2, paragraphe 3, la rubrique B «Endoprothèse coronaire dite «stent» à libération (lib.) contrôlée (LC) de principe actif» est remplacé par la rubrique suivante :

FLEX, ENDEAVOR, ENDEAVOR SPRINT, ENDEAVOR RESOLUTE et NOBORI

La prise en charge des stents à libération de principe actif BIOMATRIX, BIOMATRIX FLEX, ENDEAVOR, ENDEAVOR SPRINT, ENDEAVOR RESOLUTE et NOBORI est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Elle est également assurée, après concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX), pour le traitement de certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé.

Sont exclus les patients ayant un infarctus du myocarde datant de moins de 72 heures, une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont également exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.

Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.

La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de douze mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les douze mois) ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;
- en cas d'actes chirurgicaux survenant dans l'année suivant la pose d'un stent, concertation pluridisciplinaire entre opérateur, anesthésiste et cardiologue sur la conduite à tenir avec bilan préopératoire et modalités de prise en charge (avec information au patient).

Société BIOSENSORS France SAS (BIOSENSORS)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3127630	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 2,25 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 2,25 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2208, BMXT-2211, BMXT-2214, BMXT-2218, BMXT-2224, BMXT-2228.	155 100	155 100
3186778	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 2,50 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 2,5 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2508, BMXT-2511, BMXT-2514, BMXT-2518, BMXT-2524, BMXT-2528.	155 100	155 100
3173439	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 2,75 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 2,75 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2708, BMXT-2711, BMXT-2714, BMXT-2718, BMXT-2724, BMXT-2728.	155 100	155 100
3168036	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,00 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3008, BMXT-3011, BMXT-3014, BMXT-3018, BMXT-3024, BMXT-3028.	155 100	155 100
3133523	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,25 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3,25 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3208, BMXT-3211, BMXT-3214, BMXT-3218, BMXT-3224, BMXT-3228.	155 100	155 100
3112811	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,50 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3,5 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3508, BMXT-3511, BMXT-3514, BMXT-3518, BMXT-3523, BMXT-3528.	155 100	155 100
3143846	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 4,00 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 4 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-4008, BMXT-4011, BMXT-4014, BMXT-4018, BMXT-4023, BMXT-4028.	155 100	155 100
3104941	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,25 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,25 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2208, BMX-2211, BMX-2214, BMX- 2218, BMX-2224, BMX-2228.	130 425	130 425
3165026	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,50 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,50 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2508, BMX-2511, BMX-2514, BMX- 2518, BMX-2524, BMX-2528, BMX-2533, BMX-2536.	130 425	130 425

3128841	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,75 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,75mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2708, BMX-2711, BMX-2714, BMX- 2718, BMX-2724, BMX-2728, BMX-2733, BMX-2736.	130 425	130 425
3170783	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 3,00 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 3,00 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-3008, BMX-3011, BMX-3014, BMX- 3018, BMX-3024, BMX-3028, BMX-3033, BMX-3036.	130 425	130 425
3118475	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 3,50 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 3,50 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-3508, BMX-3511, BMX-3514, BMX- 3518, BMX-3524, BMX-3528, BMX-3533, BMX-3536.	130 425	130 425
3165799	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 4,00 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 4,00 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-4008, BMX-4011, BMX-4014, BMX- 4018, BMX-4024, BMX-4028.	130 425	130 425

Société Medtronic France SAS

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3192856	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 2,25 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références : EN22508X, EN22512X, EN22514X, EN22518X, EN22524X et EN22530X.	172 020	172 020
3138851	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 2,5 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références : EN25008X, EN25012X, EN25014X, EN25018X, EN25024X et EN25030X.	172 020	172 020
3161519	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 2,75 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références : EN27508X, EN27512X, EN27514X, EN27518X, EN27524X et EN27530X.	172 020	172 020
3104160	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 3,0 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références : EN30009X, EN30012X, EN30015X, EN30018X, EN30024X et EN30030X.	172 020	172 020
3199574	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 3,5 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références : EN35009X, EN35012X, EN35015X, EN35018X, EN35024X et EN35030X.	172 020	172 020
3196601	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 4,0 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références : EN40009X, EN40012X, EN40015X, EN40018X, EN40024X et EN40030X.	172 020	172 020

3162973	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 2,25 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 2,25 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : NSP225008X, ENSP22512X, ENSP22514X, ENSP22518X, ENSP22524X, ENSP22530X.	172 020	172 020
3196759	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 2,5 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 2,5 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP25008X, ENSP25012X, ENSP25014X, ENSP25018X, ENSP25024X, ENSP25030X.	172 020	172 020
3191986	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 2,75 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 2,75 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP27508X, ENSP27512X, ENSP27514X, ENSP27518X, ENSP27524X, ENSP27530X.	172 020	172 020
3181278	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, diam. 3,0 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 3,0 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP30009X, ENSP30012X, ENSP30015X, ENSP30018X, ENSP30024X, ENSP30030X.	172 020	172 020
3149978	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, diam. 3,5 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 3,5 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP35009X, ENSP35012X, ENSP35015X, ENSP35018X, ENSP35024X, ENSP35030X.	172 020	172 020
3160589	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 4,0 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 4,0 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP40009X, ENSP40012X, ENSP40015X, ENSP40018X, ENSP40024X, ENSP40030X.	172 020	172 020

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3103976	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,25 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES22508X, ERES22512X, ERES22514X, ERES22518X, ERES22524X, ERES22530X.	130 425	130 425
3108927	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,5 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES25008X, ERES25012X, ERES25014X, ERES25018X, ERES25024X, ERES25030X.	130 425	130 425
3132593	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,75 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES27508X, ERES27512X, ERES27514X, ERES27518X, ERES27524X, ERES27530X.	130 425	130 425

3126405	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 3,0 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES30009X, ERES30012X, ERES30015X, ERES30018X, ERES30024X, ERES30030X, ERES30038X	130 425	130 425
3113360	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 3,5 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES35009X, ERES35012X, ERES35015X, ERES35018X, ERES35024X, ERES35030X, ERES35038X	130 425	130 425
3126730	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 4,0 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES40009X, ERES40012X, ERES40015X, ERES40018X, ERES40024X, ERES40030X, ERES40038X.	130 425	130 425

Laboratoires Terumo France SA (Terumo)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3169188	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 2,25 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 2,25 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA2208SM, DE-RA2214SM, DE-RA2218SM, DE-RA2224SM et DE-RA2228SM.	130 425	130 425
3158109	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 2,50 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 2,5 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA2508SM, DE-RA2514SM, DE-RA2518SM, DE-RA2524SM et DE-RA2528SM.	155 100	155 100
3136177	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 2,75 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 2,75 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA2708SM, DE-RA2714SM, DE-RA2718SM, DE-RA2724SM et DE-RA2728SM.	155 100	155 100
3196096	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 3,00 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 3 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA3008SM, DE-RA3014SM, DE-RA3018SM, DE-RA3024SM et DE-RA3028SM.	155 100	155 100
3166014	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 3,50 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 3,5 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA3508LM, DE-RA3514LM, DE-RA3518LM, DE-RA3524LM, DE-RA3528LM.	155 100	155 100
3138443	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, diamètre 4,00 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 4,00 mm, de la société TERUMO France SA La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA4008LM, DE-RA4014LM, DE-RA4018LM, DE-RA4024LM et DE-RA4028LM.	130 425	130 425

PROMUS, PROMUS ELEMENT et PROMUS ELEMENT LONG

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif PROMUS, PROMUS ELEMENT, PROMUS ELEMENT LONG, PROMUS ELEMENT PLUS et PROMUS PREMIER est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Elle est également assurée, après concertation pluridisciplinaire des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX), pour le traitement de certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé.

Sont exclus une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont également exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.

Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.

La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de douze mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les douze mois) ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Société Boston Scientific SAS

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3176047	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100953208B0, H749100953212B0, H749100953215B0, H749100953218B0, H749100953223B0 et H749100953228B0.	130 425	130 425
3186809	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 2,5 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100952708B0, H749100952712B0, H749100952715B0, H749100952718B0, H749100952723B0, H749100952728B0.	130 425	130 425
3179991	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100952808B0, H749100952812B0, H749100952815B0, H749100952818B0, H749100952823B0, H749100952828B0.	130 425	130 425
3110999	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 3,0 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100952908B0, H749100952912B0, H749100952915B0, H749100952918B0, H749100952923B0, H749100952928B0.	130 425	130 425
3118021	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 3,5 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100953008B0, H749100953012B0, H749100953015B0, H749100953018B0, H749100953023B0, H749100953028B0.	172 020	172 020
3147809	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 4,0 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100953108B0, H749100953112B0, H749100953115B0, H749100953118B0, H749100953123B0, H749100953128B0.	172 020	172 020
3134988	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308220, H7493911312220, H7493911316220, H7493911320220, H7493911324220, H7493911328220 et H7493911332220.	172 020	172 020
3107081	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 2,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308250, H7493911312250, H7493911316250, H7493911320250, H7493911324250, H7493911328250 et H7493911332250.	172 020	172 020
3119747	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308270, H7493911312270, H7493911316270, H7493911320270, H7493911324270 et H7493911328270 et H7493911332270.	172 020	172 020

3131961	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 3,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 3,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308300, H7493911312300, H7493911316300, H7493911320300, H7493911324300, H7493911328300 et H7493911332300.	172 020	172 020
3199634	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 3,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 3,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308350, H7493911312350, H7493911316350, H7493911320350, H7493911324350, H7493911328350 et H7493911332350.	172 020	172 020
3115643	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 4,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308400, H7493911312400, H7493911316400, H7493911320400, H7493911324400, H7493911328400 et H7493911332400.	130 425	130 425
3123654	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 2,50 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338250.	130 425	130 425
3134712	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 2,75 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338270.	130 425	130 425
3150763	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 3,00 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 3,00 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338300.	130 425	130 425
3190165	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 3,50 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 3,50 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338350.	130 425	130 425
3118883	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 4,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 4,00 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338400.	130 425	130 425

TAXUS LIBERTE, TAXUS LIBERTE LONG et RESOLUTE INTEGRITY

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif TAXUS LIBERTE, TAXUS LIBERTE LONG et RESOLUTE INTEGRITY est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Elle est également assurée dans certains cas d'insuffisance coronaire nécessitant une concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale pour le traitement de :

- l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 heures) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable ;
- la première resténose intrastent clinique de stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) ;
- date de reprise du traitement.

- certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé après discussion médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX).

Sont exclus les patients présentant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé ; les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée.

La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses coronaires à libération de principe actif.

Le nombre maximal d'unités prises en charge est d'1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.

La durée recommandée de la bithérapie antiplaquettaire après pose d'un stent actif est comprise entre 6 et 12 mois.

En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire entre 6 et 12 mois (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée)
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires, notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Société Boston Scientific SAS

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3164618	Endoprot. coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 2,25 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ diamètre 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références H749389408220, H7493894012220, H7493894016220, H7493894020220, H7493894024220, H7493894028220, H7493894032220.	172 020	172 020
3147790	Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 2,5 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408250, H7493894012250, H7493894016250, H7493894020250, H7493894024250, H7493894028250, H7493894032250.	172 020	172 020
3134669	Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 2,75 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408270, H7493894012270, H7493894016270, H7493894020270, H7493894024270, H7493894028270, H7493894032270.	172 020	172 020

3147867	Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 3,0 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408300, H7493894012300, H7493894016300, H7493894020300, H7493894024300, H7493894028300, H7493894032300.	172 020	172 020
3168190	Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 3,5 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408350, H7493894012350, H7493894016350, H7493894020350, H7493894024350, H7493894028350, H7493894032350.	172 020	172 020
3130192	Endoprot. coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 4,0 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ diamètre 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références H749389408400, H7493894012400, H7493894016400, H7493894020400, H7493894024400, H7493894028400, H7493894032400.	172 020	172 020
3133486	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 2,75 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038270.	172 020	172 020
3108293	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 3,00 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038300.	172 020	172 020
3181284	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 3,50 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038350.	172 020	172 020
3164529	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 4,00 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038400.	172 020	172 020

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3175148	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,25 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT22508X, RSINT22512X, RSINT22514X, RSINT22518X, RSINT22522X, RSINT22526X et RSINT22530X.	130 425	130 425
3102072	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,5 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 2,50 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT25008X, RSINT25012X, RSINT25014X, RSINT25018X, RSINT25022X, RSINT25026X et RSINT25030X.	130 425	130 425

3138822	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,75 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT27508X, RSINT27512X, RSINT27514X, RSINT27518X, RSINT27522X, RSINT27526X et RSINT27530X	130 425	130 425
3124352	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 3,5 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 3,50 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT35009X, RSINT35012X, RSINT35015X, RSINT35018X, RSINT35022X, RSINT35026X, RSINT35030X, RSINT35034X et RSINT35038X	130 425	130 425
3125943	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 4 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT40009X, RSINT40012X, RSINT40015X, RSINT40018X, RSINT40022X, RSINT40026X, RSINT40030X, RSINT40034X et RSINT40038X	130 425	130 425

CYPHER SELECT PLUS et TAXUS ELEMENT

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif CYPHER SELECT PLUS et TAXUS ELEMENT est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

Indications prises en charge :

Traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Certains cas d'insuffisance coronaire nécessitant une concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale pour le traitement de :

- l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 heures) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable ;
- la première resténose intrastent clinique de stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) ;
- certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est très élevé après discussion médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX);
- la sténose du tronc commun gauche non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée après discussion médico-chirurgicale.

Sont exclus les patients ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont également exclues les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses coronaires à libération de principe actif.

Conditions de prescription et d'utilisation :

Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.

La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de 12 mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les 12 mois) ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée).
- En cas d'actes chirurgicaux survenant dans l'année suivant la pose d'un stent, concertation pluridisciplinaire entre opérateur, anesthésiste et cardiologue sur la conduite à tenir avec bilan préopératoire et modalités de prise en charge (avec information au patient).

Société BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3111705	Endoprothèse coronaire, stent à libération paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 2,25 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 2,25 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508220, H7493902512220, H7493902516220, H7493902520220, H7493902524220, H7493902528220, H7493902532220.	130 425	130 425
3116424	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 2,50 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 2,50 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508250, H7493902512250, H7493902516250, H7493902520250, H7493902524250, H7493902528250, H7493902532250, H7493902538250.	130 425	130 425
3146187	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston TAXUS ELEM, DIAM 2,75 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 2,75 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508270, H7493902512270, H7493902516270, H7493902520270, H7493902524270, H7493902528270, H7493902532270, H7493902538270.	130 425	130 425
3166764	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 3,00 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 3,00 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508300, H7493902512300, H7493902516300, H7493902520300, H7493902524300, H7493902528300, H7493902532300, H7493902538300.	130 425	130 425
3153098	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 3,50 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 3,50 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508350, H7493902512350, H7493902516350, H7493902520350, H7493902524350, H7493902528350, H7493902532350, H7493902538350.	130 425	130 425
3108695	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 4,00 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 4,00 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508400, H7493902512400, H7493902516400, H7493902520400, H7493902524400, H7493902528400, H7493902532400, H7493902538400	130 425	130 425

3167700	Endoprothèse coronaire, stent à libération paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 4,5 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 4,5 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902512450, H7493902516450, H7493902520450, H7493902524450, H7493902528450, H7493902532450.	130 425	130 425
3126055	Endoprothèse coronaire, stent à libération paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 5,00 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 5,00 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902512500, H7493902516500, H7493902520500, H7493902524500, H7493902528500, H7493902532500.	130 425	130 425

XIENCE V, XIENCE PRIME, XIENCE XPEDITION, PROMUS ELEMENT et PROMUS PREMIER

Société ABBOTT FRANCE (ABBOTT)

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif XIENCE V, XIENCE PRIME, XIENCE XPEDITION est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :

Indications :

- traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions *de novo* des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions >15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques);
- certains cas d'insuffisance coronaire nécessitant une concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale :
- traitement de certaines lésions pluritronculaires *de novo* des artères coronaires natives (lésions>15 mm, diamètre du vaisseau atteint <3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé après discussion médicochirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX);
- traitement de la sténose du tronc commun gauche non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée après discussion médico-chirurgicale;
- traitement de l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 heures) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable;
- traitement de la première resténose intrastent clinique de stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère);
- traitement de la première resténose intrastent clinique de stent actif concernant des lésions de plus de 10 mm de longueur (c'est-à- dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère);
- sont exclues les patients ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes;
- sont également exclues les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle;
- en l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation, et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.

Modalités de prescription et d'utilisation :

La durée recommandée de la bithérapie antiplaquettaire après pose d'un stent actif est comprise entre six et douze mois.

En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire entre six et douze mois (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée);
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'évènement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Société Abbott France (Abbott)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124955	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009532-08, 1009532-12, 1009532-15, 1009532-18, 1009532-23, 1009532-28.	130 425	130 425
3121260	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 2,5 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009527-08, 1009527-12, 1009527-15, 1009527-18, 1009527-23, 1009527-28.	130 425	130 425
3133931	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009528-08, 1009528-12, 1009528-15, 1009528-18, 1009528-23, 1009528-28.	130 425	130 425
3147784	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 3,0 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009529-08, 1009529-12, 1009529-15, 1009529-18, 1009529-23, 1009529-28.	130 425	130 425
3154761	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 3,5 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009530-08, 1009530-12, 1009530-15, 1009530-18, 1009530-23, 1009530-28.	130 425	130 425
3145816	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 4,0 m. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009531-08, 1009531-12, 1009531-15, 1009531-18, 1009531-23, 1009531-28.	130 425	130 425
3197730	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011706-08, 1011706-12, 1011706-15, 1011706-18, 1011706-23, 1011706-28.	130 425	130 425

3150510	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011707-08, 1011707-12, 1011707-15, 1011707-18, 1011707-23, 1011707-28, 1011707-33, 1011707-38.	130 425	130 425
3186666	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011708-08, 1011708-12, 1011708-15, 1011708-18, 1011708-23, 1011708-28, 1011708-33 et 1011708-38.	130 425	130 425
3113288	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 3,00 mm. Stend à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 3 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011709-08, 1011709-12, 1011709-15, 1011709-18, 1011709-23, 1011709-28, 1011709-33, 1011709-38.	130 425	130 425
3119581	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 3,50 mm. Stend à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011710-08, 1011710-12, 1011710-15, 1011710-18, 1011710-23, 1011710-28, 1011710-33, 1011710-38.	130 425	130 425
3165670	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 4,00 mm. Stend à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 4 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011711-08, 1011711-12, 1011711-15, 1011711-18, 1011711-23, 1011711-28, 1011711-33, 1011711-38.	130 425	130 425
3186844	Endopot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070225-08, 1070225-12, 1070225-15, 1070225-18, 1070225-23 et 1070225-28	130 425	130 425
3164624	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 2,5 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070250-08, 1070250-12, 1070250-15, 1070250-18, 1070250-23, 1070250-28, 1070250-33 et 1070250-38	130 425	130 425
3115175	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070275-08, 1070275-12, 1070275-15, 1070275-18, 1070275-23, 1070275-28, 1070275-33 et 1070275-38	130 425	130 425
3180600	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 3,0 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070300-08, 1070300-12, 1070300-15, 1070300-18, 1070300-23, 1070300-28, 1070300-33 et 1070300-38	130 425	130 425
3104881	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 3,25 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 3,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070325-08, 1070325-12, 1070325-15, 1070325-18, 1070325-23, 1070325-28, 1070325-33 et 1070325-38	130 425	130 425

3152779	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 3,5 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070350-08, 1070350-12, 1070350-15, 1070350-18, 1070350-23, 1070350-28, 1070350-33 et 1070350-38	130 425	130 425
3165173	Endoprot coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 4,0 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070400-08, 1070400-12, 1070400-15, 1070400-18, 1070400-23, 1070400-28, 1070400-33 et 1070400-38	130 425	130 425
3103864	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 2,25 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408220, H7493918412220, H7493918416220, H7493918420220, H7493918424220, H7493918428220 et H7493918432220.	130 425	130 425
3150421	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 2,50 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408250, H7493918412250, H7493918416250, H7493918420250, H7493918424250, H7493918428250, H7493918432250 et H7493918438250.	130 425	130 425
3135960	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 2,75 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408270, H7493918412270, H7493918416270, H7493918420270, H7493918424270, H7493918428270, H7493918432270 et H7493918438270.	130 425	130 425
3192164	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 3,00 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 3,00 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408300, H7493918412300, H7493918416300, H7493918420300, H7493918424300, H7493918428300, H7493918432300 et H7493918438300.	130 425	130 425
3145294	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 3,50 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 3,50 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408350, H7493918412350, H7493918416350, H7493918420350, H7493918424350, H7493918428350, H7493918432350 et H7493918438350.	130 425	130 425
3164392	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 4,00 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 4,00 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408400, H7493918412400, H7493918416400, H7493918420400, H7493918424400, H7493918428400, H7493918432400 et H7493918438400.	130 425	130 425
3171950	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108220 ; H7493925112220 ; H7493925116220 ; H7493925120220 ; H7493925124220 ; H7493925128220 ; H7493925132220.	130 425	130 425

3121388	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 2,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108250 ; H7493925112250 ; H7493925116250 ; H7493925120250 ; H7493925124250 ; H7493925128250 ; H7493925132250 ; H7493925138250.	130 425	130 425
3125469	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108270 ; H7493925112270 ; H7493925116270 ; H7493925120270 ; H7493925124270 ; H7493925128270 ; H7493925132270 ; H7493925138270.	130 425	130 425
3140894	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 3,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 3,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108300 ; H7493925112300 ; H7493925116300 ; H7493925120300 ; H7493925124300 ; H7493925128300 ; H7493925132300 ; H7493925138300.	130 425	130 425
3168289	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 3,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 3,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108350 ; H7493925112350 ; H7493925116350 ; H7493925120350 ; H7493925124350 ; H7493925128350 ; H7493925132350 ; H7493925138350.	130 425	130 425
3133865	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 4,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108400 ; H7493925112400 ; H7493925116400 ; H7493925120400 ; H7493925124400 ; H7493925128400 ; H7493925132400 ; H7493925138400.	130 425	130 425

ORSIRO

Société Biotronik France SAS (Biotronik)

La prise en charge des stents à libération de principe actif Orsiro est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

La prise en charge est assurée pour le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions *de novo* des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Sont exclus les patients ayant un infarctus du myocarde datant de moins de 72 heures, une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30%, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont également exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions pluritronculaires ou celles présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.

Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum).

La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de douze mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les douze mois);
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée);
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3195843	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,25mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 2,25 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: 364469, 364475, 364481, 364487, 364499, 364505, 364511, 391234 et 391238.	123 375	123 375
3139655	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,50mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 2,50 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: 364470, 364476, 364482, 364488, 364500, 364506, 364512, 391235 et 391239.	123 375	123 375
3116507	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,75 mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 2,75 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364471, 364477, 364483, 364489, 364501, 364507, 364513, 391236 et 391240.	123 375	123 375
3168384	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 3,00 mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 3,00 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364472, 364478, 364484, 364490, 364502, 364508, 364514, 391237 et 391241.	123 375	123 375
3148588	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 3,50 mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 3,50 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364473, 364479, 364485, 364491, 364503, 364509, 364515, 391018 et 391020.	123 375	123 375
3164825	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 4,00 mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 4,00 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364474, 364480, 364486, 364492, 364504, 364510, 364516, 391019 et 391021.	123 375	123 375

17. Au titre III, chapitre 1er, section 1, sous-section 2, paragraphe 4 de la partie « Nomenclature et tarif », après le code 3183194, dans le sous-paragraphe intitulé « A - Endoprothèses aortiques pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale », la rubrique «Société ENDOLOGIX» est remplacée par la rubrique suivante :

Société Endologix

Indications :

Anévrismes de l'aorte abdominale, quel que soit le risque chirurgical, tels que définis ci-dessous :

- AAA sous-rénal asymptomatique, dont le plus grand diamètre est supérieur à 5 cm ou a augmenté de 1 cm en 1 an, quel que soit la technique adoptée;
- AAA symptomatique ou compliqué quelle que soit sa taille;
- malgré l'absence de données scientifiques, il est possible de traiter un AAA sacciforme évolutif, dont le plus grand diamètre est inférieur à 5 cm. Le traitement ne sera proposé à un patient qu'à la condition que les critères anatomiques suivants soient respectés :
- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures;
- collet proximal à bords parallèles : > 15 mm;
- angle du collet proximal :
- < 40° ; ou
- compris entre 40° et 60°, à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.
- La mise en place d'une endoprothèse de l'aorte abdominale ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle (s), y compris l'artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.

Modalités de prescription et d'utilisation :

L'implantation de l'endoprothèse POWERLINK doit être réalisée conformément aux recommandations émises par la HAS/ANSM incluant, entre autres :

- la nécessité d'informer les patients des avantages et les inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolutivité possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens;
- l'environnement opératoire: la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale et radiologique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radio-chirurgicale est recommandée. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique (traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiqués ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des 6 premiers implants.

La surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du «Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale».

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124553	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, monocorps bifurqué aortobifémoral. Endoprothèse aortique bifurquée avec jambages intégrés côté homolatéral et controlatéral La prise en charge est assurée pour les références infra-rénales et supra-rénales suivantes : Références infra-rénales : 25-16-135 BL, 25-16-140 BL, 25-16-155 BL, 28-16-135 BL, 28-16-140 BL, 28-16-155 BL, 25-16-120 BL, 28-16-120 BL. Références supra-rénales : 22-13-100 BL, 25-13-100 BL, 28-13-100 BL, 22-13-120 BL, 25-13-120 BL, 28-13-120 BL, 22-13-140 BL, 25-13-140 BL, 28-13-140 BL, 22-16-100 BL, 25-16-100 BL, 28-16-100 BL, 22-16-100 BLs, 25-16-100 BLs,	822 171	822 171

	28-16-100 BLs, 22-16-120 BLs, 25-16-120 BLs, 28-16-120 BLs, 22-16-120 BL, 22-16-140 BL.		
3135798	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, extension aortique. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Extension de corps (aortique) infra-rénale : 25-25-55 L, 25-25-75 L, 28-28-55 L, 28-28-75 L, 34-34-80 L Extension de corps (aortique) supra-rénale : 25-25-75 RL, 25-25-95 RL, 28-28-75 RL, 28-28-95 RL, 34-34-100 RL Références infra-rénales : 25-25-95L, 28-28-95L, 34-34-100L, 34-34-80LE, 34-34-100LE Références supra-rénales : 25-25-115RL, 28-28-115RL, 34-34-120RL, 25-25-75RLE, 25-25-95RLE, 25-25-115RLE, 28-28-75RLE, 28-28-95RLE, 28-28-115RLE, 34-34-100RLE, 34-34-120RLE .	158 907	158 907
3105188	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, extension iliaque. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Extension de jambe (iliaque) : 16-16-88 L, 16-16-55 L, 20-20-55 L ; 16-16-55FL, 20-13-70FL, 20-13-88FL, 20-20-55FL, 20-25-55S, 20-25-65S, 20-25-65F .	158 907	158 907
3153974	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK AFX, monocorps bifurqué aortobifémoral. Endoprothèse aortique bifurquée avec jambages intégrés côté homolatéral et controlatéral. La prise en charge est assurée pour les références infra-rénales et supra-rénales suivantes : BA22-60/I13-40, BA22-80/I13-40, BA22-100/I13-40, BA22-70/I16-30, BA22-60/I16-40, BA22-90/I16-30, BA22-80/I16-40, BA22-100/I16-40, BA25-60/I13-40, BA25-80/I13-40, BA25-100/I13-40, BA25-70/I16-30, BA25-60/I16-40, BA25-90/I16-30, BA25-80/I16-40, BA25-80/I16-55, BA25-100/I16-40, BA25-100/I16-55, BA28-60/I13-40, BA28-80/I13-40, BA28-100/I13-40, BA28-70/I16-30, BA28-60/I16-40, BA28-90/I16-30, BA28-80/I16-40, BA28-80/I16-55, BA28-100/I16-40, BA28-100/I16-55, BA22-70/I20-30, BA22-80/I20-40, BA22-90/I20-30, BA25-110/I20-30, BA25-120/I20-40, BA25-70/I20-30, BA25-80/I20-40, BA25-90/I20-30, BA28-70/I20-30, BA28-80/I20-40, BA28-90/I20-30.	822 171o	822 171
3136668	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, AFX, extension aortique. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : A25-25/C55, A25-25/C75, A25-25/C55-O20, A25-25/C95, A25-25/C75-O20, A25-25/C95-O20, A28-28/C55, A28-28/C75, A28-28/C55-O20, A28-28/C95, A28-28/C75-O20, A28-28/C95-O20, A34-34/C80, A34-34/C100, A34-34/C80-O20, A34-34/C100-O20.	158 907	158 907
3168272	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, AFX, extension iliaque. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Extension de jambe (iliaque) : I16-16/C55, I16-16/C55F, I16-16/C88, I20-13/C70F, I20-13/C88F, I20-20/C55, I20-20/C55F, IS20-25/C55, IF20-25/C65, IS20-25/C65, I16-16/C88SA, IS20-25/C55SA, IF20-25/C65SA, I16-16/C55FSA, I20-13/C70FSA, I20-13/C88FSA, I20-20/C55FSA	158 907	158 907

18. Au titre III, chapitre 1er, section 1, sous-section 2, dans le paragraphe 5 « Stent intracrânien auto-expansible », après le code 3171593, est insérée la rubrique suivante :

Société Covidien France (Covidien)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3196854	Stent intracrânien auto-expansible, Covidien, SOLITAIRE AB. **Modalités d'utilisation** Le détachement se fait à l'aide d'un système de détachement spécifique au stent SOLITAIRE et des câbles associés à ce système de détachement permettant un détachement par activation électrolytique.	388 455	388 455
	Les câbles sont à usage unique et ne sont pas compris dans le conditionnement du SOLITAIRE AB. Le système de détachement non à usage unique sera fourni par le laboratoire. **Références prises en charge** SAB-3-20, SAB-3-30, SAB-4-15, SAB-4-20, SAB-4-30, SAB-4-40, SAB-5-20, SAB-5-30, SAB-5-40, SAB-6-20 et SAB-6-30		

19. Au titre III, chapitre 1er, section 1, sous-section 2, paragraphe 8, la rubrique «Société EV3 SAS (EV3) » est remplacée par la rubrique suivante :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3102066	Implant d'embolisation liquide, eV3, ONYX 18 ou ONYX LES 18. Chaque conditionnement comprend un flacon de 1,5 ml de l'implant (ONYX ou d'ONYX LES), un flacon de 1,5 ml de DMSO (diméthylsulfoxyde), deux seringues d'injection d'ONYX de 1 ml et une seringue de DMSO (diméthylsulfoxyde) de 1 ml. **Indications d'ONYX :** - embolisation des malformations artérioveineuses cérébrales ayant un nidus compact visible à l'imagerie permettant un reflux du produit dans la partie distale du vaisseau choisi pour le cathétérisme; - embolisation des fistules artérioveineuses durales intracrâniennes. **Référence prise en charge pour ONYX :** ONYX: 105-7000-060 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6 %). **Contre-indications d'ONYX :** La présence d'une fistule artérioveineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul. **Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX :** La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité. **Indications d'ONYX LES :** - embolisation des hémoptysies massives et/ou récidivantes, lorsque l'embolisation ne peut pas être réalisée à l'aide de particules non résorbables; - embolisation des malformations artérioveineuses périphériques; - embolisation des endofuites de type II (notamment en cas de croissance du sac anévrismal) après traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale. **Références prises en charge pour ONYX LES :** ONYX LES : 105-7200-060 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6 %). **Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX LES :** La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.	86 292	86 292
3118541	Implant d'embolisation liquide, eV3, ONYX 20. Chaque conditionnement comprend un flacon de 1,5 ml d'ONYX, un flacon de 1,5 ml de DMSO (diméthylsulfoxyde), deux seringues d'injection d'ONYX de 1 ml et une seringue de DMSO (diméthylsulfoxyde) de 1 ml. **Indications d'ONYX :** - embolisation des malformations artérioveineuses cérébrales ayant un nidus compact visible à l'imagerie permettant un reflux du produit dans la partie distale du vaisseau choisi pour le cathétérisme; - embolisation des fistules artérioveineuses durale.	86 292	86 292

	Référence prise en charge pour ONYX : ONYX : 105-7000-065 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6,5 %). **Contre-indications d'ONYX :** La présence d'une fistule artérioveineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul. **Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX:** La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité.		
3163369	Implant d'embolisation liquide, eV3, ONYX 34 ou ONYX LES 34. Chaque conditionnement comprend un flacon de 1,5 ml de l'implant (ONYX ou d'ONYX LES), un flacon de 1,5 ml de DMSO (diméthylsulfoxyde), deux seringues d'injection d'ONYX de 1 ml et une seringue de DMSO (diméthylsulfoxyde) de 1 ml. **Indications d'ONYX :** - embolisation des malformations artérioveineuses cérébrales ayant un nidus compact visible à l'imagerie permettant un reflux du produit dans la partie distale du vaisseau choisi pour le cathétérisme; - embolisation des fistules artérioveineuses durales intracrâniennes. **Référence prise en charge pour ONYX :** ONYX: 105-7000-080 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 8 %). **Contre-indications D'ONYX :** La présence d'une fistule artérioveineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul. **Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX:** La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité. **Indications d'ONYX LES :** - embolisation des hémoptysies massives et/ou récidivantes, lorsque l'embolisation ne peut pas être réalisée à l'aide de particules non résorbables; - embolisation des malformations artérioveineuses périphériques; - embolisation des endofuites de type II (notamment en cas de croissance du sac anévrismal) après traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale. **Référence prise en charge pour ONYX LES :** ONYX LES : 105-7200-080 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 8 %). **Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX LES :** La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.	86 292	86 292

20. Au titre III, chapitre 1er, section 5, sous-section 1, paragraphe 7 « Prothèses totales de cheville », la rubrique « Société NEWDEAL SAS (France) » est remplacée par la rubrique suivante :

Société Integra LifeSciences Services France (INTEGRA)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3147212	Cheville, implant tibial, non cimenté, INTEGRA, HINTEGRA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 301200 à 301206 droit et 302200 à 302206 gauche pour la première intention correspondant aux tailles 0 à 6 ; 301221 à 301226 droit 8 mm, 301231 à 301236 droit 12 mm, 302221 à 302226 gauche 8 mm et 302231 à 302236 gauche 12 mm pour la révision correspondant aux tailles 1 à 6.	114 165	114 165
3194393	Cheville, implant astragalien, non cimenté, INTEGRA, HINTEGRA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 301110 à 301116 droit et 302110 à 302116 gauche pour la première intention correspondant aux tailles 0 à 6 ; 301121 à 301126 droit et 302121 à 302126 gauche pour la révision correspondant aux tailles 1 à 6.	103 759	103 759
3137805	Cheville, insert en polyéthylène, INTEGRA, HINTEGRA. Insert en polyéthylène pour prothèse totale de cheville HINTEGRA de la société INTEGRA LifeSciences Services France. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : 300x0y (x = 0 à 6 et y = 5/6/7/9 : tailles 0 à 6 épaisseur en mm).	26 006	26 006

21. Au titre III, chapitre 1er, section 5, sous-section 3, dans la rubrique « Implants pour chirurgie cranio-maxillo-faciale » : Avant la rubrique « Plaques cranio-maxillo-faciale », la rubrique « Prothèses totales de l'articulation temporomandibulaire» est insérée comme suit :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3172658	Prothèses totales de l'articulation temporo-mandibulaire. Société BIOMET SAS (France) **Indications prises en charge** Reconstruction de l'articulation temporo-mandibulaire : – après une greffe ostéochondrale en l'absence d'alternative ; ou – en première intention en cas de perte de substance osseuse massive ou en cas d'ankylose affectant la base du crâne. Les prothèses totales ayant une composante mandibulaire (condyle mandibulaire) en alliage de titane-aluminiumvanadium (Ti-6Al-4V) sont indiquées chez les patients ayant une sensibilité connue ou présumée au nickel. **Modalités de prescription et d'utilisation** Une prothèse totale nécessite, en primo-implantation, l'association d'une composante temporale et d'une composante mandibulaire. L'utilisation des PROTHÈSES TMJ est réservée aux centres de chirurgie maxillo-faciale et aux praticiens ayant expérience de cette technique et de la reconstruction de l'articulation temporo-mandibulaire. Lors de la primo-implantation, une composante temporale et une composante mandibulaire sont toujours associées pour constituer la prothèse totale. Lors d'une reprise chirurgicale le remplacement d'une seule composante est possible. 3172658 Prothèse maxillo-faciale, Biomet, TMJ, temporale. Composante temporale ou fosse de la prothèse de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ. **Références prises en charge :** 24-6563 ou 24-6563-INT (TMJ SM gauche fosse COMP/INVST, petite taille). 24-6561 ou 24-6561-INT (TMJ MED gauche fosse COMP/INVST, moyenne taille).	423 987	423 987

	24-6565 ou 24-6565-INT (TMJ LRG gauche fosse COMP/INVST, grande taille). 24-6562 ou 24-6562-INT (TMJ SM droite fosse COMP/INVST, petite taille). 24-6560 ou 24-6560-INT (TMJ MED droite fosse COMP/INVST, moyenne taille). 24-6564 ou 24-6564-INT (TMJ LRG droite fosse COMP/INVST, grande taille).		
3140629	Prothèse maxillo-faciale, Biomet, TMJ, élément mandibulaire CRCOMO. Composante mandibulaire ou condyle mandibulaire de la prothèse en alliage de chrome-cobalt-molybdène de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ. **Références prises en charge :** 24-6546 ou 24-6546-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6551 ou 24-6551-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6556 ou 24-6556-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6545 ou 24-6545-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6550 ou 24-6550-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6555 ou 24-6555-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 01-6546 ou 01-6546-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6551 ou 01-6551-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6556 ou 01-6556-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6545 ou 01-6545-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6550 ou 01-6550-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6555 ou 01-6555-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 24-6646 ou 24-6646-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6651 ou 24-6651-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6645 ou 24-6645-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé). 24-6650 ou 24-6650-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé).	423 987	423 987
3118630	Prothèse maxillo-faciale, Biomet, TMJ, élément mandibulaire Ti-6Al-4V. Composante mandibulaire ou condyle mandibulaire de la prothèse en alliage de titane-aluminium-vanadium de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ, de la société BIOMET SAS. **Références prises en charge :** 24-6546TI ou 24-6546TI-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6551TI ou 24-6551TI-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6556TI ou 24-6556TI-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6545TI ou 24-6545TI-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6550TI ou 24-6550TI-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6555TI ou 24-6555TI-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 01-6546TI ou 01-6546TI-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6551TI ou 01-6551TI-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6556TI ou 01-6556TI-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6545TI ou 01-6545TI-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6550TI ou 01-6550TI-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6555TI ou 01-6555TI-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 24-6646TI ou 24-6646TI-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6651TI ou 24-6651TI-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6645TI ou 24-6645TI-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé). 24-6650TI ou 24-6650TI-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé).	423 987	423 987

22. Au titre III, chapitre 1er, section 5, sous-section 4, paragraphe 1 « Substituts synthétiques de l'os », la rubrique « Société BIOMET MERCK France (BIOMET) », est remplacée par la rubrique suivante :

Société BIOMET MERCK FRANCE (BIOMET)

Indications :
Les substituts osseux sont indiqués en cas d'un apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes.

Modalites de prescription et d'utilisation :
Précautions d'emploi :
Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéo-nécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne.
Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...).

Conditions de prise en charge :
Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3134416	Implant osseux, poudre, <ou = 15 cm3, BIOMET, CALCIBON. **Références prises en charge :** Ciment injectable CALCIBON 5 g, volume final de pâte : 4 cm3. Ciment injectable CALCIBON 10 g, volume final de pâte : 8 cm3.	21 495	21 495
3146655	Implant osseux, poudre, < 15 cm3, BIOMET, CALCIBON. **Références prises en charge :** Ciment injectable CALCIBON 20 g, volume final de pâte : 16 cm3.	31 168	31 168

23. Au titre III, chapitre 1er, section 8, dans la rubrique « Implant pour le traitement du reflux vésico-rénal », la rubrique « Laboratoires COLOPLAST » est remplacée comme suit :

Laboratoires Coloplast

Indications :
La prise en charge est assurée pour le traitement du reflux vésico-rénal chez l'enfant avec pyélonéphrite récidivante sous antibioprophylaxie et le traitement du reflux vésico-rénal chez l'adulte.

Modalités de prescription et d'utilisation :
L'injection doit être réalisée par un urologue doté de matériel endoscopique pédiatrique adapté lors de l'utilisation chez l'enfant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3116476 301H06.1	Urogénital, macroplastique, COLOPLAST, volume _ 2 cm3, réf. NP 1500. Implant urétéral de polydiméthylsiloxane macroplastique. Modèle et référence : NP 1500 (seringue de 1,5 ml). Pour un conditionnement d'un volume _ 2 cm3.	61 692	61 692
3148826 301H06.2	Urogénital, macroplastique, COLOPLAST, volume _ 2 cm3, réf. NP 2500. Implant urétéral de polydiméthylsiloxane macroplastique. Modèle et référence : NP 2500 (seringue de 2,5 ml). Pour un conditionnement d'un volume supérieur ou égal à 2 cm3.	97 373	97 373

24. Au titre III, chapitre 1er, section 8, dans la rubrique : « Implant pour le traitement du reflux vésico-rénal », la rubrique « Société Q-MED SARL (Q-MED) » est remplacée par la rubrique suivante :

Société OCEANA THERAPEUTICS Ltd (OCEANA)

Indications :
La prise en charge est assurée pour le traitement du reflux vésico-rénal chez l'enfant, avec pyélonéphrite récidivante sous antibioprophylaxie.
Modalités de prescription et d'utilisation :
L'injection doit être réalisée par un urologue doté de matériel endoscopique pédiatrique adapté.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3138390	Implant urétéral de copolymère, OCEANA, DEFLUX, seringue de 1 ml.	53 552	53 552

25. Au titre III, chapitre 1er, section 8, dans la rubrique « Implant pour stérilisation tubaire », la rubrique « Société CONCEPTUS » est remplacée par la rubrique suivante :

Société BAYER HealthCare SAS (BAYER)

Indications :
La prise en charge du dispositif ESSURE est assurée pour les femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible.
Modalités de prescription et d'utilisation :
L'indication globale de stérilisation (ligature tubaire ou ESSURE) doit être posée après discussion entre la patiente et son chirurgien. Le choix de la technique doit prendre en compte l'âge de la femme, la parité, l'âge du dernier enfant, le nombre d'IVG le cas échéant, la contre-indication aux méthodes de contraception, la stabilité du couple et le moment de la demande (la période post-partum ou post-IVG n'est pas le meilleur moment).
ESSURE est destiné à la femme n'ayant plus de désir de maternité, ayant reçu un dossier d'information écrit et ayant observé un délai de réflexion de 4 mois, ayant donné un consentement écrit et éclairé, et utilisant une contraception efficace pendant 3 mois après la pose.
ESSURE doit être posé par un gynécologue obstétricien. Il doit avoir une bonne maîtrise de la pratique de l'hystéroscopie opératoire et de la pose de l'implant, justifiant d'un apprentissage auprès d'un praticien expérimenté (> 5 femmes) et d'une réalisation d'au moins 5 procédures par an.
La pose doit avoir lieu dans des conditions d'asepsie de bloc opératoire, dans un établissement de santé avec proximité d'un environnement chirurgical.

Précautions d'emploi :
- ne poser ESSURE qu'en cas de bonne visualisation des ostia lors de la procédure ;
- s'assurer de l'absence de toute infection gynécologique, notamment toute cervicite aiguë non traitée ;
- s'assurer de la bonne perméabilité tubaire devant un antécédent de salpingite ou d'une infertilité d'origine tubaire ;
- poser ESSURE pendant la première moitié du cycle après vérification d'une absence de grossesse par un test de grossesse ;
- éviter une pose concomitante à une prise régulière de corticostéroïdes ;
- contrôler par un abdomen sans préparation, au bout de 3 mois et avant l'arrêt de la contraception, le bon positionnement d'ESSURE (un abdomen sans préparation peut être réalisé après la pose d'ESSURE en cas de difficulté au moment de la pose) ;
- par mesure de précaution, ne pas utiliser chez les femmes avec une intolérance avérée au nickel.

Contre-indications :
- ne pas poser ESSURE suite à une naissance ou une interruption de grossesse datant de moins de 6 semaines ;
- incertitude quant au souhait d'interrompre sa fertilité ;
- grossesse avérée ou suspectée ;
- cervicites aiguës en cours ;
- saignements anormaux non explorés.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3159669	Implant pour stérilisation tubaire, BAYER, ESSURE, boîte de 2 implants. **Référence prise en charge :** ESS305 contenant 2 kits à usage unique, stériles (poignée de fonctionnement, un cathéter porteur et l'implant à l'extrémité) et 2 introducteurs avec valve anti-retour.	98 700	98 700

26. Au titre III, chapitre 1er, la section 12 « Produit pour le comblement des lipoatrophies faciales iatrogènes » devient la section 11.

27. Au titre III, chapitre 2, section 1, la sous-section 3 « Implant d'embolisation artérielle (pour anévrysmes, fistules artério-veineuses, tumeurs...) » devient la sous-section 2 et la sous-section 4 « Implants endovasculaires dits "stents", couverts ou non couverts » devient la sous-section 3.

28. Au titre III, chapitre 4, la section 5: «Neuromodulateur des racines sacrées (S3), implantable» est remplacée par la section suivante :

Section 5. - Neuromodulateur des racines sacrées (S3), implantable

Indications :
La prise en charge est assurée pour les patients atteints de :
- rétention urinaire chronique avec hypertonie du sphincter strié, sans cause urologique décelable (troubles dits «rétentionnistes»), rebelle aux traitements conservateurs;
- pollakiurie invalidante avec ou sans incontinence par impériosité et impériosité invalidante (troubles dits «irritatifs»), rebelles aux traitements conservateurs;
- incontinence fécale, rebelle aux traitements conservateurs, avec un sphincter anal fonctionnel défini comme suit:

- sphincter intact (sans lésion ou après réparation sphinctérienne) ;
- ou sphincter altéré, si la taille de la lésion ne justifie pas la réparation sphinctérienne.

Modalités de prescription et d'utilisation :

- Indications urinaires :

Un test de neurostimulation sacrée doit être effectué avec une durée minimale de sept jours préalable à l'implantation, réalisé par un médecin rééducateur ou un urologue. Ce test doit montrer un bénéfice supérieur à 50 % sur au moins un des critères d'évaluation du test de stimulation préimplantation (catalogue mictionnel, échelle visuelle analogique).

L'implantation doit être effectué par un urologue travaillant dans un centre possédant l'infrastructure opératoire adaptée (radiologie) ayant reçu une formation au matériel, à la technique d'implantation et aux paramétrages.

- Indications fécales :

Le test de neuromodulation et l'implantation d'INTERSTIM qui pourrait suivre doivent faire l'objet d'une décision pluridisciplinaire, avec enregistrement du patient dans le registre électronique des thérapies INTERSTIM pour l'incontinence fécale.

Les spécialités représentées lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont la chirurgie digestive à orientation colorectale, la gastro-entérologie avec compétence en colo-proctologie, l'exploration fonctionnelle digestive et pelvienne, la radiologie spécialisée (défécographie dynamique, IRM pelvienne dynamique). Un avis psychiatrique doit pouvoir être sollicité.

Lors de la décision, l'étude des antécédents médicaux et le bilan clinique avec calendrier des selles de trois mois et mesure de scores d'incontinence fécale (*Wexner + Faecal Incontinence Quality of Life FIQL Score*), sont complétés par un bilan fonctionnel fondé au moins sur une manométrie anorectale et un bilan urodynamique en cas de troubles de la continence urinaire associée. L'échographie endo-anale et l'imagerie dynamique de la statique anorectale et pelvienne doivent pouvoir être réalisées au besoin.

Trois des quatre spécialités doivent être représentées au cours de la RCP pour valider la proposition de la NMS au patient et son indication. Un coordonnateur par centre implanteur est le garant de cette démarche et de la validation de la RCP par sa signature.

La réalisation de l'implantation de l'électrode est assurée par un chirurgien colorectal spécialisé dans la prise en charge des troubles fonctionnels anorectaux avec une formation spécifique à la neuromodulation des racines sacrées.

Le test de neurostimulation a une durée d'au moins vingt et un jours et au plus de trente jours (compte tenu du risque infectieux). Pendant ce test, le patient remplit soigneusement un calendrier des selles. Des modifications des paramètres de stimulation sont réalisées par le personnel soignant dédié, en contact (le plus souvent téléphonique) avec le patient pendant cette période. A l'issue de cette période, la stimulation est arrêtée et les résultats cliniques sont analysés.

Le test est considéré positif en cas de disparition d'au moins 50 % des épisodes d'incontinence, mesurées sur un calendrier des selles sur une période d'au moins vingt et un jours, ainsi qu'un allongement significatif du délai de retenue. La thérapie exige un suivi systématique, assuré par un personnel soignant dédié, sous contrôle d'un médecin impliqué.

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3465946	Neuromodulateur des racines sacrées, MEDTRONIC, INTERSTIM + élect. test-permanente. Système complet pour implantation (neuromodulateur, sonde, extension, programmateur patient, câbles, aiguilles, électrode quadripolaire test et permanente, antenne). **La prise en charge est assurée pour la référence suivante :** InterStim (1ère génération) : modèle 3023.	892 680	892 680
3462468	Neuromodulateur des racines sacrées, renouvellement, MEDTRONIC, INTERSTIM. **Référence prise en charge :** InterStim (1ère génération) : modèle 3023.	646 200	646 200

304A05.2			
3490594	Neuromodulateur racines sacrées, MEDTRONIC, INTERSTIM II + élect. test-permanente. Système complet InterStim II pour implantation (neuromodulateur, sonde, extension, programmateur patient, câbles, aiguilles, électrode quadripolaire test et permanente, antenne). **Référence prise en charge :** InterStim II (2ème génération) : modèle 3058.	892 680	892 680
3461322	Neuromodulateur racines sacrées, renouvellement, MEDTRONIC, INTERSTIM II. **Référence prise en charge :** InterStim II (2 ème génération) : modèle 3058.	646 200	646 200

29. Au titre III, chapitre 4, la section 6 « Moniteurs ECG implantables » est remplacée par la section suivante :

Section 6. - Moniteurs ECG implantables

Indications :

Diagnostic étiologique des syncopes inexpliquées récidivantes après une évaluation initiale clinique (anamnèse – examenphysique dont la mesure de la pression artérielle couchée et debout – ECG 12 dérivations), selon les conditions suivantes :

- pour des patients n'ayant pas de facteurs de haut risque de mort subite nécessitant une hospitalisation (existence d'une cardiopathie structurelle ou d'une coronaropathie, anomalies cliniques ou ECG suggérant une syncope rythmique, comorbidités importantes, notamment anémie sévère et perturbations électrolytiques) et avec une forte probabilité de récidive pendant la durée de vie du dispositif ;
- pour des patients à haut risque de mort subite quand le bilan complet initial incluant une exploration électrophysiologique n'a permis ni le diagnostic ni l'initiation d'un traitement ;
- pour des patients chez lesquels la cause réflexe de la syncope est probable ou certaine, avec épisodes fréquents et traumatiques pour lesquels est discutée la pose d'un stimulateur cardiaque si une bradycardie sévère est enregistrée.

Modalités de prescription et d'utilisation :

L'implantation du moniteur cardiaque doit être réalisée sous anesthésie locale en salle de cathétérisme ou au bloc opératoire. La prise en charge par patient ne peut concerner qu'un seul dispositif associé à un assistant patient (activateur).

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

MedtronicFrance SAS (MEDTRONIC)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3498986	Moniteur ECG implantable, MEDTRONIC, REVEAL DX. Le système REVEAL DX comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. **Références :** - moniteur cardiaque implantable : modèle 9528 ; - assistant ou activateur patient : modèle 9538.	150 112	150 112
3494066	Moniteur ECG implantable, MEDTRONIC, REVEAL XT. Le système REVEAL XT comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. **Références :** Moniteur cardiaque implantable: modèle 9529. Assistant ou activateur patient: modèles 9538 ou 9539.	150 112	150 112

Société Saint Jude Medical France SAS (SAINT JUDE)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3416037	Moniteur ECG implantable, SAINT JUDE, CONFIRM modèle DM 2100. Le système CONFIRM comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. **Références :** - moniteur cardiaque implantable : modèle DM 2100. - - assistant ou activateur patient : modèle DM 2100A.	150 112	150 112

30. Au titre III, chapitre 4, section 7 « Système de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable (DCI) », dans la rubrique « Société BIOTRONIK », le paragraphe relatif aux modalités de prescription et d'utilisation est remplacé par le paragraphe suivant :

Le système de télésurveillance HOME MONITORING assure la transmission d'informations du défibrillateur cardiaque implantable à un centre d'analyse de données diagnostiques et techniques qui reflètent l'état du système. Ce centre les fait suivre au praticien de façon programmée et automatique (par fax, SMS ou courrier électronique).

Le port d'un défibrillateur LUMAX 740 VR-T, LUMAX 740 DR-T, LUMAX 740 HF-T, ILESTO 7 VR-T, ILESTO 7 DR-T ou ILESTO 7 HF-T est compatible avec la réalisation d'IRM.

Dans ce cas, les IRM doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes :

- IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 tesla ;
- vitesse de balayage ne devant pas dépasser 216 T/m/s pour LUMAX 740 VR-T, LUMAX 740 DR-T ou LUMAX 740 HF-T, et 346 T/m/s pour ILESTO 7 VR-T, ILESTO 7 DR-T ou ILESTO 7 HF-T ;
- aucune bobine d'émission locale supplémentaire mise en oeuvre ;
- sonde et défibrillateur cardiaque compatibles ProMRI ;
- patient porteur d'aucun autre appareil implanté ;
- patient apyrétique ;
- patient de taille _ 1,40 m ;
- système implanté _ 6 semaines ;
- système implanté dans la région pectorale ;
- seuil de stimulation _ 2,0 V pour une durée d'impulsion de 0,4 ms ;
- impédance de sonde déterminée entre 200 et 1 500 ohms ;
- patient couché sur le dos ;
- respect de la zone de positionnement autorisé (zone d'exclusion comprise entre les épaules et la crête iliaque) ;
- durée totale de l'examen IRM _ 30 minutes ;
- débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM _ 2,0 W/kg ;
- débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM _ 3,2 W/kg ;
- équipement d'urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible ;
- surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l'examen IRM en saisissant au moins l'un des paramètres suivants : SaO_2, pression sanguine, ECG.

Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l'examen IRM puis déprogrammé à l'issue de l'examen. L'intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible.

31. Au titre III, chapitre 4, section 7 «Système de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable (DCI) », après le code 3435017, est insérée la rubrique suivante :

Société Sorin Group France (SORIN)

Le système de télésurveillance SMARTVIEW assure la transmission d'informations du défibrillateur cardiaque implantable à un serveur central hébergeur de données, de façon cryptée, via un réseau téléphonique filaire analogique (dégroupage partiel ou total, quel que soit l'opérateur), soit par GSM.

Les données recueillies sont accessibles en ligne à tout moment aux utilisateurs autorisés pour consultation sur un site internet dédié sécurisé.

Ce dispositif comprend :

- un transmetteur SMARTVIEW (modèle pour ligne fixe [RTC], référence KA910-KA920 et modèle pour réseau de téléphone portable [GPRS], référence KA911-KA921);
- un câble d'alimentation (avec câble de 2mètres);
- un câble téléphonique RJ11 (5mètres) - uniquement pour le transmetteur SMARTVIEW (RTC) référence KA910-KA920;
- un manuel d'utilisation.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3447925	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, SORIN, SMARTVIEW Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société SORIN GROUP France. Le système de télésurveillance SMARTVIEW est compatible avec les références suivantes : **Références prises en charge :** - PARADYM RF VR 9250: référence ICV1185; - INTENSIA VR 124: référence TDF022C.	103 680	103 680
3495440	Système de télésurveillance pour DCI double chambre, SORIN, SMARTVIEW Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société SORIN GROUP France. Le système de télésurveillance SMARTVIEW est compatible avec les références suivantes : **Références prises en charge :** - PARADYM RF DR 9550 : référence ICV1184 ; - INTENSIA DR 154 : référence TDF021C.	103 680	103 680
3483826	Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, SORIN, SMARTVIEW Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » de la société SORIN GROUP France. Le système de télésurveillance SMARTVIEW est compatible avec les références suivantes : **Références prises en charge :** - PARADYM RF SONR CRT-D 9770 : référence ICV1182 ; - PARADYM RF CRT-D 9750 : référence ICV1183 ; - INTENSIA SONR CRT-D 184 : référence TDF019C ; - INTENSIA CRT-D 174 : référence TDF020C.	116 640	116 640

32. Au titre III, chapitre 4, section 9 « Dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) » les généralités de la rubrique « Société Berlin Heart GmbH (Berlin) » et les codes 3481661 et 3485825 sont remplacés comme suit :

Société Berlin Hearth Gmbh (Berlin)

Le DACM EXCOR est indiqué lorsque la surface corporelle du patient est > ou = à 0,2 m² dans les situations suivantes :

- indication en situation aiguë : défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ;
- indication élective : insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire.

Les contre-indications au dispositif EXCOR sont :

- dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ;
- insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale, etc.) ;
- troubles majeurs de la crase sanguine ;
- hémorragie incontrôlée ;
- syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ;
- lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ;
- cachexie ;
- maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ;
- désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ;
- affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ;
- âge > 70 ans ;
- rupture septale non traitée.

Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de cœur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants.

Chaque établissement doit disposer :

- d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM) ;
- d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ;
- d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ;
- de plusieurs DACM dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles.

L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité.

Sont également nécessaires :

- une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ;
- une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales.

Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM.

De plus, il doit assurer la continuité des soins (7 j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients.

Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical).

Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes :

- assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier...
- fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ;
- fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ;
- joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR).
- assurer des prestations minimales associées aux DACM :

∘ en permanence :
  - fournir une hot-line (24 h/24 h, 7j/7j) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ;
  - fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ;
  - fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne ;

∘ avant l'implantation :
  - assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire.

∘ à l'implantation :
  - fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ;
  - mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin ;

∘ du séjour en réanimation au retour à domicile :
  - fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ;
  - assurer la garantie et la maintenance avec au moins :
  - un service après vente pièces et main-d'œuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ;
  - une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ;
  - une maintenance de la console ;
  - le changement des batteries.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3411353	DACM, mono-ventricul droite ou gauche, BERLIN, EXCOR UniVAD Dispositif d'assistance circulatoire mécanique, pulsatile pneumatique paracorporel mono-ventriculaire (droite ou gauche) EXCOR UniVAD de la société Berlin Heart GmbH pour des personnes dont la surface corporelle est supérieure ou égale à 0,2 m². Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de lignes pneumatiques, d'une console de commande pneumatique et d'une console mobile. Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement (pour cause de croissance, de thrombus, etc.) de tous les éléments, y compris les batteries, pendant les deux années suivant l'implantation ainsi que le support clinique et technique. Le kit d'implantation UniVAD réf. 9190114 (anciennement réf. 1100100-FR) comprend une pompe avec valves en polyuréthane ou mécaniques, une canule auriculaire ou apicale, une canule artérielle, une ligne d'activation, un set d'accessoires pour valves mécaniques ou en polyuréthane (PU), les locations de la console Ikus et de la console mobile EXCOR	6 562 651	6 562 651

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - pompe à sang : pompe à sang à valve en PU (réf. P10P-001, P25P-001, P30P-001, P50P-001, P60P-001, P80P-001) ; pompe à sang à volets à disque basculant (réf. P50M-001, P60M-001, P80M-001, P80M-005, P80M-003, P80M-004) ; - canule apicale : canule apicale enfant (réf. C14A-040, C18A-020) ; canule apicale pédiatrique étagée (réf. C22A-004) ; canule apicale (réf. C27A-001, C41A-050) ; canule apicale avec couronne (réf. C27A-003) ; canule apicale avec connecteur Hancock (réf. C21A-001) ; - canule auriculaire : canule auriculaire nouveau-né étagée (réf. C15V-040) ; canule auriculaire enfant (réf. C19V-020/C19V-020m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C22V-004) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C23V-004m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C25V-004) ; canule auriculaire (réf. C22V-002/C22V-002m) ; canule auriculaire (réf. C26V-002/C26V-002m) ; - canule artérielle : canule artérielle enfant (réf. C80G-040, C80G-021/C80G-021m) ; canule artérielle pédiatrique, étagée (réf. C60G-004/C60G-004m, C85G-004/C85G-004m) ; canule pour extension prothèse dacron, étagée (réf. C00P-004) ; canule artérielle (réf. C60G-002/C60G-002m, C85G-002/C85G-002m, C85G-050/C85G-050m), canule pour extension prothèse dacron (réf. C00P-001, C00P-050) ; adaptateur connexion (réf. A06-009, A09-012, A12-016) ; - console Excor mobile : 2 unités d'entraînements + 1 unité d'entraînement de rechange ; 2 batteries + 2 batteries de rechange ; 1 unité support ; 1 chariot ; 1 station de chargement EXCOR avec bloc d'alimentation intégré ; 1 dispositif d'alimentation électrique EXCOR ; 1 ordinateur portable EXCOR ; 1 pompe à main EXCOR ; 1 sac EXCOR ; câbles de raccordements et de connexion ; outillage ; - ligne d'activation : réf. L 20H-002, réf. L 20H-003 ; - set d'accessoires pour valves : set d'accessoires pour valves mécaniques (réf. TOOL-001), set d'accessoires pour valves en polyuréthane (PU) (réf. TOOL-002).		
3476430	DACM, bi-ventricul, BERLIN, EXCOR BiVAD Dispositif d'assistance circulatoire mécanique, pulsatile pneumatique paracorporel bi-ventriculaire EXCOR BiVAD de la société Berlin Heart GmbH pour des personnes dont la surface corporelle est supérieure ou égale à 0,2 m². Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de lignes pneumatiques, d'une console de commande pneumatique et d'une console mobile. Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement (pour cause de croissance, de thrombus, etc.) de tous les éléments, y compris les batteries, pendant les deux années suivant l'implantation ainsi que le support clinique et technique. Le kit d'implantation BiVAD réf. 9190115 (anciennement réf. 1100101-FR) comprend deux pompes avec valves en polyuréthane ou mécaniques, une canule auriculaire ou apicale, une canule auriculaire, deux canules artérielles, deux lignes d'activation, un set d'accessoires pour valves mécaniques ou en polyuréthane (PU), les locations de la console Ikus et de la console mobile EXCOR. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - pompes à sang : pompe à sang à valve en PU (réf. P10P-001, P25P-001, P30P-001, P50P-001, P60P-001, P80P-001) ; pompe à sang à volets à disque basculant (réf. P50M-001, P60M-001, P80M-001, P80M-005, P80M-003, P80M-004) ; - canule apicale : canule apicale enfant (réf. C14A-040, C18A-020) ; canule apicale pédiatrique étagée (réf. C22A-004) ; canule apicale (réf. C27A-001, C41A-050) ; canule apicale avec couronne (réf. C27A-003) ; canule apicale avec connecteur Hancock (réf. C21A-001) ; - canule auriculaire : canule auriculaire nouveau-né étagée (réf. C15V-040) ; canule auriculaire enfant (réf. C19V-020/C19V-020m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C22V-004) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C23V-004m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C25V-004) ; canule auriculaire (réf. C22V-002/C22V-002m) ; canule auriculaire (réf. C26V-002/C26V-002m) ; - canules artérielles : canule artérielle enfant (réf. C80G-040, C80G-021/C80G-021m) ; canule artérielle pédiatrique, étagée (réf. C60G-004/C60G-004m, C85G-004/C85G-004m) ; canule pour extension prothèse dacron, étagée (réf.	10 507 800	10 507 800

	C00P-004) ; canule artérielle (réf. C60G-002/C60G-002m, C85G-002/C85G-002m, C85G-050/C85G-050m), canule pour extension prothèse dacron (réf. C00P-001, C00P-050) ; adaptateur connexion (réf. A06-009, A09-012, A12-016) ; - Console Excor mobile : 2 unités d'entraînements + 1 unité d'entraînement de rechange ; 2 batteries + 2 batteries de rechange ; 1 unité support ; 1 chariot ; 1 station de chargement EXCOR avec bloc d'alimentation intégré ; 1 dispositif d'alimentation électrique EXCOR ; 1 ordinateur portable EXCOR ; 1 pompe à main EXCOR ; 1 sac EXCOR ; câbles de raccordements et de connexion ; outillage ; - ligne d'activation : réf. L 20H-002, réf. L 20H-003 - set d'accessoires pour valves : set d'accessoires pour valves mécaniques (réf. TOOL-001), set d'accessoires pour valves en polyuréthane (PU) (réf. TOOL-002).		

33. Au titre III, chapitre 4, section 9 « Dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) », la rubrique « Société IST Cardiology Sarl (IST) » est remplacée par la rubrique suivante :

Société IST Cardiology SARL (IST)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3430126	Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, IST, JARVIK 2000 **Indications :** Le dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) JARVIK 2000 est indiqué lorsque la surface corporelle du patient est comprise entre 1,2 m2 et 2,3 m2 dans les situations suivantes : - défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ; - insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire. **Contre-indications :** - dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ; - insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale...) ; - troubles majeurs de la crase sanguine ; - hémorragie incontrôlée ; - syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ; - lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ; - cachexie ; - maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ; - désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ; - affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ; - âge _ 70 ans ; - rupture septale non traitée ; - patient présentant une sensibilité connue aux produits d'origine bovine. **Modalités de prescription et d'utilisation :** Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de coeur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants.	10 507 800	10 507 800

	Chaque établissement doit disposer : - d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM) ; - d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ; - d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ; - de plusieurs DACM, dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles. L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité. Sont également nécessaires : - une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ; - une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales. Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM. De plus, il doit assurer la continuité des soins (7 j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients. Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical). Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes : - assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier... - fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ; - fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ; - joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR) ; - assurer des prestations minimales associées aux DACM : En permanence : - fournir une hot-line (24 h/24, 7 j /7) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ; - fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ; - fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne. Avant l'implantation : - assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire. A l'implantation : - fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ; - mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin. Du séjour en réanimation au retour à domicile :		

	- fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ; - assurer la garantie et la maintenance avec au moins : - un service après-vente pièces et main-d'oeuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ; - une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ; - une maintenance de la console ; - le changement des batteries. Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments y compris batteries pendant les deux années suivant l'implantation. JARVIK 2000 est un DACM à débit continu (non pulsatile) électrique intracorporel mono-ventriculaire gauche. Il est constitué d'une pompe à sang, d'un contrôleur de système, d'une source d'alimentation. **Références :** Modèle rétro-auriculaire. Kit d'implantation Jarvik 2000, comprenant : 1 pompe (réf. JHI-001), 1 câble d'alimentation externe stérile (réf. JHI-201), 1 platine rétro-auriculaire stérile (réf. JHI-607), 7 vis stériles (réf. AS0003-1), 2 contrôleurs Flowmaker (réf. JHI-102), 3 batteries d'alarme 6V, 3 batteries au Li-ion (réf. JHI-301), 2 batteries de réserve (réf. JHI-303), 2 chargeurs de batterie au Li-ion (réf. JHI-404), 4 cordons d'alimentation pour connecter au secteur les chargeurs de batterie au Li-ion et les batteries de réserve (réf. JHI-209), 3 câbles de batterie Li-ion (réf. JHI-202), 3 câbles en « Y » (réf. JHI-212), 2 câbles externes supplémentaires (réf. JHI-201), 2 câbles de « douche » (réf. JHI-204). Modèle abdominal. Kit d'implantation Jarvik 2000, comprenant : 1 pompe (réf. JHI-002), 1 câble d'alimentation externe stérile (réf. JHI-204), 2 contrôleurs Flowmaker (réf. JHI-102), 3 batteries d'alarme 6V, 3 batteries au Li-ion (réf. JHI-301), 2 batteries de réserve (réf. JHI-303), 2 chargeurs de batterie au Li-ion (réf. JHI-404), 4 cordons d'alimentation pour connecter au secteur les chargeurs de batterie au Li-ion et les batteries de réserve (réf. JHI-209), 3 câbles de batterie Li-ion (réf. JHI-202), 3 câbles en « Y » (réf. JHI-212), 2 câbles externes supplémentaires (réf. JHI-204), 2 câbles de « douche » (réf. JHI-204).		
3459354	Dispositif assistance circulat., bi-ventricul., IST, SYNCARDIA TAH-t SYNCARDIA TAH-t est un dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) pneumatique intracorporel orthotopique bi-ventriculaire. **Indications :** - indications en situation aiguë : défaillance cardiaque aiguë bi-ventriculaire, non réversible non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle ; - indications élective : insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance biventriculaire non réversible lorsque le pronostic vital est engagé malgré un traitement optimal et au terme d'une consultation pluridisciplinaire. Les patients doivent avoir un espace suffisant à la place des ventricules naturels dans la cavité thoracique (cela concerne les patients ayant une surface corporelle _ 1,7 m2, ou une distance entre le sternum et le 10e corps vertébral, mesurée par tomodensitométrie _ 10 cm). La cardiectomie préalable à l'implantation du SYNCARDIA TAH-t 70 cc avec valves Hall permet son utilisation dans des situations où l'implantation des DACM, biventriculaires hétérotopiques est complexe (rejet de greffe, prothèses valvulaires, régurgitation aortique, thrombus mural du ventricule gauche) ou contre indiqués (rupture septale). **Contre-indications :** - dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ; - insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale, etc.) ; - troubles majeurs de la crase sanguine ;	11 773 800	11 773 800

	- hémorragie incontrôlée ; - syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ; - lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ; - cachexie ; - maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ; - désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ; - affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ; - âge _ 70 ans ; - surface corporelle _ 1,7 m2 ; **Modalités de prescription et d'utilisation :** L'assistance circulatoire mécanique doit être pratiquée uniquement dans des centres satisfaisant à des critères de moyens, de compétences, et d'organisation. Chaque centre doit disposer : - d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues ; - d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ; - d'un comité dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ; - de plusieurs DACM dont 1 au moins adapté aux petites surfaces corporelles. De plus, le centre doit assurer la continuité des soins (7 j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients. Il doit s'engager à participer au protocole de suivi. Afin de couvrir le besoin en ACM, la commission recommande que les équipes autorisées pour la transplantation cardiaque puissent pratiquer l'ACM, sous réserve qu'elles en fassent la demande et qu'elles satisfassent à l'ensemble des conditions sus décrites. **Références :** Composants implantables stériles : - 500101 : coeur artificiel SYNCARDIA TAH-t, 70 cc comprenant 1 ventricule artificiel gauche avec valves Hall Medtronic, 1 ventricule artificiel droit avec valves Hall Medtronic, 1 double tubulure pneumatique pour ventricule droit et ventricule gauche, 1 set d'outils chirurgicaux (2 raccords d'admission, 2 raccords d'éjection, 1 pack auxiliaire pour les tubulures, des embouts de vérification de pression à l'admission et à l'éjection, des dispositifs d'attache, 2 aiguilles d'évacuation d'air) ; - 500177 : kit chirurgical de rechange ; - 3977004-001 : pompe manuelle Syncardia. Console d'activation externe et accessoires non stériles : A usage hospitalier : - 397002-001 : 1 système Companion 2 Driver comprenant 1 console « Drive Unit » (réf. C-400001), 1 chariot hospitalier « Hospital Cart » (réf. C-400002), 1 chariot de transport « Driver system caddy » (réf. C-400003), 1 console d'entraînement de secours, 2 batteries + 2 batteries supplémentaires pour la console secours, 2 cordons d'alimentation CA, 1 chariot « caddy », 1 tuyau pneumatique pour connexion air mural, 1 pompe pour les roues du chariot « caddy ». A usage ambulatoire : - 595000-001 : 1 console FREEDOM Driver comprenant 1 console d'entraînement principale équipée d'un adaptateur secteur, 1 kit sortie hôpital – EU (réf. 595631-001), 1 chargeur pour la batterie (réf. 295054-001), 1 console d'entraînement de secours équipé d'un adaptateur secteur, 1 adaptateur secteur supplémentaire, 4 batteries embarquées, 2 par console d'entraînement, 2 blocs d'alimentation CA et leur cordon, 1 chargeur de voiture, 2 dragonnes, 2 batteries factices, 1 boîte de filtres contenant un tournevis, 1 kit d'outils pour le patient (liens plastiques, 1 pince coupante, attache-câbles pour tubulures), 1 sac à bandoulière, 1 sac à dos et 1 sac pour accessoires. La prise en charge de SYNCARDIA TAH-t comprend également la maintenance dans les deux ans suivant son implantation.		

34. Après le code 1113746, la rubrique D « Sondes vésicales réutilisables pour sondages intermittents » est supprimée. La rubrique E « Sondes d'urétérostomie cutanée pour stomisés urinaires » devient la rubrique « D ».

Annexe II à l'arrêté n° 1337 CM du 09 SEP 2015
portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014

Modifications sur les nomenclatures

Les nomenclatures, ou extraits de nomenclature, des codes suivants sont remplacés par les nomenclatures, ou extraits de nomenclature selon le tableau ci-dessous :

Code	Nomenclature
1108202	Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, THORATEC, HEARTMATE II. Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif HEARTMATE II et HEARTMATE II V2 au-delà des deux premières années après l'implantation. Ce forfait comprend : toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments y compris des batteries.
2304997	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, processeur. Processeur pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Conditionné dans une boîte comprenant le manuel d'utilisation et les éléments suivants : Un écrin, une brosse de nettoyage, un cordon de sécurité, un bâtonnet test (*test rod*), un outil pour faciliter le retrait de la pile, deux couvre-piliers, des piles, des autocollants de personnalisation, le bandeau et/ou le serre-tête. Le processeur est garanti 2 ans. Le renouvellement du processeur pour la prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO n'est pris en charge qu'après une période minimale de 2 ans. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - PONTO ; - PONTO PRO ; - PONTO PRO POWER ; - PONTO PLUS ; - PONTO PLUS POWER.
3164937	Implant osseux sur mesure, reconstruction voûte crânienne, Codman, CUSTOMBONE. Substitut osseux sur mesure en hydroxyapatite poreuse de calcium pour la reconstruction de la voûte crânienne de la société Codman, division d'Ethicon SAS. **Description :** CUSTOMBONE est une prothèse sur-mesure constituée de céramique d'hydroxyapatite poreuse (40 à 70 % de porosité par rapport au volume total). L'implant est livré en deux exemplaires stériles, et emballés individuellement. **Indications :** Les substituts osseux sont indiqués en cas d'un apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. Les substituts osseux sur mesure destinés à la reconstruction crânienne sont indiqués en cas de reconstruction crânienne après échec de l'autogreffe ou dans le cas d'un délabrement supérieur à 35 cm2 et/ou situé dans la zone antérieure ou fronto-temporale, chez des patients ayant un bon pronostic neurologique et/ou carcinologique. **Accord préalable :** La prise en charge par l'assurance maladie est assurée après accord préalable du médecin conseil conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée. **Modalités de prescription et d'utilisation :** Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique (ou infecté), dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéonécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par bisphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies, etc.).

3474655	Implant coch ou tronc cérébral, processeur, COCHLEAR, Nucleus. Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, Nucleus, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - HYB-BTE (Freedom Hybrid contour d'oreille permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24REH, CI24RE, CI24M ou CI24R). - HYB-BWP (Freedom Hybrid boîtier permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24REH, CI24RE, CI24M ou CI24R). - CN5-B1 (Nucleus CP810 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus Freedom, Nucleus Freedom Hybrid, Nucleus CI422, Nucleus CI512, CI24R et CI24M ou Nucleus CI551) incluant la prise en charge de l'assistant sans fil CR. 110. - CN6-B1 : Nucleus CP910 et Nucleus CP920 permettant : 1. La primo-implantation et le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus Freedom (réf. CI24RE-CA et CI24RE-ST), Nucleus CI422 (réf. BOM CI 422), Nucleus Freedom Hybrid (réf. CI24REH), Nucleus 5 (réf. CN5-CI512 et CN5-CI551) et Nucleus ABI24M (réf. BOM-ABI4). 2. Uniquement le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus (réf. CI24R, CI24M et CI22M). - FDM-BTE (Freedom contour d'oreille). - FDM-BWP (Freedom boîtier). - FDM-N22BTE (Freedom contour d'oreille permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M). - FDM-N22BWP (Freedom boîtier permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M). - FDM-N24BTE (Freedom contour d'oreille). - FDM-N24BWP (Freedom boîtier). - BOM-E3G22S (Esprit 3G Nucleus 22 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M). - BOM-E3G24S (Esprit 3G Nucleus 24 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24M ou CI24R).
3198221	Urogénital, implant pénien + antibiotique, AMS, AMS 700 InhibiZone. **Description :** Implant pénien gonflable avec traitement antibiotique de surface à base de rifampicine et minocycline constitué de 3 éléments reliés par des tubulures : - pompe et valve ; - réservoir rempli de sérum physiologique ; - paire de cylindres. **Références prises en charge :** CX, CXR et LGX. Dans les gammes CX, CXR et LGX, est ajouté le réservoir compact 100 ml AMS Conceal, à revêtement Parylène, avec InhibiZone, référence 720185-01.
3499030	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, BIOTRONIK, HOME MONITORING. Le système HOME MONITORING comprend le transmetteur, la transmission des données du boîtier vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER et le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER. **Références prises en charge :** - LUMAX 540 VR-T ; - LUMAX 740 VR-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) ; - ILESTO 7 VR-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) : références 390082 et 390088.
3491091	Système de télésurveillance pour DCI double chambre, BIOTRONIK, HOME MONITORING. Le système HOME MONITORING comprend le transmetteur, la transmission des données du boîtier vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER et le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER. **Références prises en charge :** - LUMAX 540 DR-T ; - LUMAX 740 DR-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) ; - ILESTO 7 DR-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) : références 390068 et 390074.

3433314	Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, BIOTRONIK, HOME MONITORING. Le système HOME MONITORING comprend le transmetteur, la transmission des données du boîtier vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER et le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER. **Références prises en charge :** - LUMAX 540 HF-T ;– LUMAX 740 HF-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) ; - ILESTO 7 HF-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) : référence 390055 et 390061.
3492564	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, MEDTRONIC, CARELINK. Système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société MEDTRONIC France SAS. Le système de télésurveillance CARELINK est compatible avec les références suivantes: Transmetteurs: CARELINK (modèle 2490C) et MYCARELINK (modèle 24950). Défibrillateurs : - PROTECTA XT VR (modèles D354VRG et D354VRM) ; - EVERA XT VR (modèles DVBB2D1 et DVBB2D4) ; - EVERA S VR (modèles DVBC3D1 et DVBC3D4) ; - EVERA MRI XT VR (modèle DVMB2D4).
3499780	Système de télésurveillance pour DCI double chambre, MEDTRONIC, CARELINK. Système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société MEDTRONIC France SAS. Le système de télésurveillance CARELINK est compatible avec les références suivantes : Transmetteurs: CARELINK (modèle 2490C) et MYCARELINK (modèle 24950). Défibrillateurs: - PROTECTA XT DR (modèles D354DRG et D354DRM) ; - EVERA XT DR (modèles DDBB2D1 et DDBB2D4) ; - EVERA S DR (modèles DDBC3D1 et DDBC3D4) ; - EVERA MRI XT DR (modèle DDMB2D4).
3456628	Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, MEDTRONIC, CARELINK. Système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit «triple chambre» de la société MEDTRONIC France SAS. Le système de télésurveillance CARELINK est compatible avec les références suivantes: Transmetteurs: CARELINK (modèle 2490C) et MYCARELINK (modèle 24950). Défibrillateurs : - PROTECTA XT CRT-D (modèles D354TRG et D354TRM) ; - VIVA XT CRT-D (modèles DTBA2D1 et DTBA2D4) ; - VIVA QUAD XT CRT-D (modèles DTBA2QQ et DTBA2Q1).
3407713	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, BOSTON, LATITUDE Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. Le système de télésurveillance LATITUDE est compatible avec les références suivantes : - TELIGEN 100 VR (modèles F102 et F103) - INCEPTA VR (modèles F160 et F161) Le système de télésurveillance LATITUDE NXT est compatible avec les références suivantes : - TELIGEN 100 VR (modèles F102 et F103) - INCEPTA VR (modèles F160 et F161) - ENERGEN VR (modèles F140 et F141) - INOGEN EL VR (modèles D140 et D141) - AUTOGEN EL VR (modèles D174 et D175)
3427822	Système de télésurveillance pour DCI double chambre, BOSTON, LATITUDE

	Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. Le système de télésurveillance LATITUDE est compatible avec les références suivantes : - TELIGEN 100 DR (modèles F110 et F111) ; - INCEPTA DR (modèles F162 et F163). Le système de télésurveillance LATITUDE NXT est compatible avec les références suivantes : - TELIGEN 100 DR (modèles F110 et F111) - INCEPTA DR (modèles F162 et F163) - ENERGEN DR (modèles F142 et F143) - INOGEN EL DR (modèles D142 et D143) - AUTOGEN EL DR (modèles D176 et D177)
3414541	Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, BOSTON, LATITUDE Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit «triple chambre» de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. Le système de télésurveillance LATITUDE est compatible avec les références suivantes : - COGNIS 100 – D (modèles: P106, P107 et P108) - INCEPTA CRT-D (modèles P162, P163 et P165) Le système de télésurveillance LATITUDE NXT est compatible avec les références suivantes : - COGNIS 100 – D (modèles: P106, P107 et P108) - INCEPTA CRT-D (modèles P162, P163 et P165) - ENERGEN CRT-D (modèles P142 etP143) - INOGEN QUAD CRT-D (modèles G146 et G148) - INOGEN CRT-D (modèles G140 et G141) - AUTOGEN QUAD CRT-D (modèles G177 et G179) - AUTOGEN CRT-D (modèles G172, G173 et G175)
3464579	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, SAINT JUDE, MERLIN.NET. Système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateur cardiaque implantable simple chambre à fréquence asservie de la société Saint Jude Medical France SAS. **Références prises en charge :** - CURRENT RF VR (références : 1207-30,1207-36) ; - CURRENT ACCEL VR (références : CD. 1215-30, CD. 1215-36) ; - ANALYST ACCEL VR (références : CD. 1219-30, CD. 1219-36) ; - FORTIFY VR (références : CD. 1233-40, CD. 1233-40Q) ; - FORTIFY ST VR (références : CD. 1235-40, CD. 1235 40Q) ; - FORTIFY ASSURA VR (références : VR CD. 1259-40, CD. 1259-40Q, CD. 1359-40C, CD. 1359-40QC) ; - ELLIPSE VR (références : CD. 1277-36, CD. 1277-36Q, CD. 1377-36C, CD. 1377-36QC).
3474164	Système de télésurveillance pour DCI double chambre, SAINT JUDE, MERLIN.NET. Système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateur cardiaque implantable double chambre à fréquence asservie de la société Saint Jude Medical France SAS. **Références prises en charge :** - CURRENT RF DR (références : 2207-30, 2207-36) ; - CURRENT ACCEL DR (références : CD. 2215-30, CD. 2215-36) ; - ANALYST ACCEL DR (références : CD. 2219-30, CD. 2219-36) ; - FORTIFY DR (références : CD. 2233-40, CD. 2233-40Q) ; - FORTIFY ST DR (références : CD. 2235-40, CD. 2235-40 Q) ; - FORTIFY ASSURA DR (références : CD. 2259-40, CD. 2259-40Q, CD. 2359-40C, CD. 2359-40QC) ;

	- ELLIPSE DR (références : CD. 2277-36, CD. 2277-36Q, CD. 2377-36C, CD. 2377-36QC).
3435017	Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, SAINT JUDE, MERLIN.NET. Système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » de la société Saint Jude Medical France SAS. **Références prises en charge :** - PROMOTE RF (références : 3213-30, 3213-36) ; - PROMOTE ACCEL (références : CD. 3215-30, CD. 3215-36) ; - UNIFY (références : CD. 3235-40, CD. 3235-40Q) ; - UNIFY QUADRA (références : CD. 3251-40, CD. 3251-40Q) ; - UNIFY ASSURA (références : CD. 3261-40, CD. 3261-40Q, CD. 3361-40C, CD. 3361-40QC) ; - QUADRA ASSURA (références : CD. 3267-40, CD. 3267-40Q, CD. 3367-40C, CD. 3367-40QC) ; - QUADRA ASSURA MP (références : CD. 3371-40C, CD. 3371-40QC).
3137478	Implant osseux, pâte, _ 5 cm3, seringue de 5 ml, Medtronic, NANOSTIM. Implant osseux, NANOSTIM, pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 5 ml, avec canule, de la société MEDTRONIC France SAS. **Indications :** - Comblement de perte de substance dans les cas suivants : - fractures métaphysaires ; - fractures sur prothèse totale de hanche ; - ablations de tumeur bénigne ; - ostéotomies métaphysaires ; - arthrodèses (pied et rachis) ; - kystes osseux ; - prélèvement d'autogreffe. **Spécifications techniques :** Les conditions précises dans lesquelles la résorption et la résistance à la compression des biomatériaux ont été évaluées doivent être renseignées. L'absence de résistance à la compression doit également être documentée, le cas échéant. Le conditionnement doit faire mention du volume final de comblement exprimé en cm3 et non le volume ou la masse de poudre. **Modalités de prescription et d'utilisation :** Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéonécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...). Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. **Références prises en charge :** - 8470050
3128812	Implant osseux, pâte, _ 5 cm3, seringue de 2 ml, Medtronic, NANOSTIM. Implant osseux, NANOSTIM, pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 2 ml, avec aiguille, de la société MEDTRONIC France SAS. **Indications :** - Comblement de perte de substance dans les cas suivants : - fractures métaphysaires ; - fractures sur prothèse totale de hanche ; - ablations de tumeur bénigne ;

	- ostéotomies métaphysaires ; - arthrodèses (pied et rachis) ; - kystes osseux ; - prélèvement d'autogreffe. **Spécifications techniques :** Les conditions précises dans lesquelles la résorption et la résistance à la compression des biomatériaux ont été évaluées doivent être renseignées. L'absence de résistance à la compression doit également être documentée, le cas échéant. Le conditionnement doit faire mention du volume final de comblement exprimé en cm3 et non le volume ou la masse de poudre. **Modalités de prescription et d'utilisation :** Le recours aux substituts osseux est proscrite en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéo-nécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...). Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. **Références prises en charge :** - 8470020
3129898	Implant osseux, pâte, _ 5 cm3, seringue de 1 ml, Medtronic, NANOSTIM. Implant osseux, NANOSTIM pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 1 ml, avec aiguille, de la société MEDTRONIC France SAS. **Indications :** Comblement de perte de substance dans les cas suivants : - fractures métaphysaires ; - fractures sur prothèse totale de hanche ; - ablations de tumeur bénigne ; - ostéotomies métaphysaires ; - arthrodèses (pied et rachis) ; - kystes osseux ; - prélèvement d'autogreffe. **Spécifications techniques :** Les conditions précises dans lesquelles la résorption et la résistance à la compression des biomatériaux ont été évaluées doivent être renseignées. L'absence de résistance à la compression doit également être documentée, le cas échéant. Le conditionnement doit faire mention du volume final de comblement exprimé en cm3 et non le volume ou la masse de poudre. **Modalités de prescription et d'utilisation :** Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéonécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...). Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. **Références prises en charge :** - 8470010
3146856	**Le libellé** « Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant avec pilier » **est remplacé par le libellé suivant :** « Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant 3,75 mm avec pilier ».
3147755	**Le libellé** « Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant » **est remplacé par le libellé suivant :** «Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant 3,75 mm ».
1125100	**Le libellé** «Oxygénothérapie à long terme, concentrateur, SCALEO, INOGEN ONE G2 » **est remplacé par le libellé suivant :** « Oxygénothérapie à long terme, déambulation, SCALEO, INOGEN ONE G2 ».
3250619	**Modification de la Société :** La société « BIOLAND » est remplacée par la société « Société DEPUY France SAS (DEPUY) »
1120338	**La liste des bouteilles est remplacée par :** « Bouteilles : - INVACARE 1 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve à la demande (1510861-HF2PCE6) ; - INVACARE 1,4 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve à la demande (HF2PCE8-S) ; - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve à la demande (1510864-HF2PCE9) ; - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve en mode continu (1543038-HF2RE9) ; - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve en mode continu (1543038-HF2RE9ES) ; - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve en mode continu (HF2RE9AL). »

Annexe III à l'arrêté n° 1337 CM du 09 SEP. 2015
portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014

Modifications sur les nomenclatures, ainsi que les tarifs de responsabilité et les prix limites de ventes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI6Z003	Système à dépressurisation contrôlé, OTTO BOCK, SYSTEME HARMONY. Adjonction comprenant l'emboîture test en matériau transparent thermoplastique servant d'approche et d'étude de l'emboîture définitive et incluant le moulage de l'emboîture définitive. **Indications :** La prise en charge n'est assurée qu'après un échec d'appareillage avec une emboîture avec un manchon en polymère, une gaine de suspension et une valve de dépressurisation non contrôlée en cas d'amputation trans-tibiale au niveau du tiers supérieur ou moyen avec : - des troubles trophiques cutanés par frottement ; - des variations de volume importantes ; et/ou - des limitations d'amplitudes. **Conditions de prescription et d'utilisation :** Le système HARMONY doit être garanti 2 ans. Le renouvellement ne sera autorisé qu'après expiration de la garantie. La première prescription doit être faite par un médecin de médecine physique et de réadaptation. Le renouvellement prothétique n'est pas restreint à ce spécialiste. Le système doit être prescrit avec une emboîture moulée, un manchon en polymère et une gaine de suspension. La bonne mise en place du système HARMONY nécessite la fabrication d'une emboîture préalable servant d'approche et d'étude de l'emboîture définitive. La mise en place doit être faite par un orthoprothésiste ayant reçu une formation obligatoire et capable de procéder aux réglages du dispositif. **Références prises en charge :** La prise en charge est assurée pour la gamme 4RH07 comprenant les références suivantes : HARMONY P2 référence 4R144, HARMONY DP référence 4R146, HARMONY P3 référence 4R147 et HARMONY HD référence 4R150. Seul le manchon pris en charge sous le code VI6U605 peut être pris en charge avec le système HARMONY. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes AI6Z01, AI8Z102, AI8Z103 et AI8Z104.	1 203 395	1 203 395
3172960	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, jambage. **La prise en charge est assurée pour les références suivantes :** PXC121000, PXC121200, PXC141000, PXC141200 PXC161000, PXC161200, PXC181000, PXC181200, PXC201000, PXC201200, PXC231000, PXC231200, PXC271000, PXC271200, PXC121400, PXC141400, PXC161400, PXC181400, PXC201400, PXC231400 et PXC271400. PLC121000, PLC121200, PLC121400, PLC141000, PLC141200, PLC141400, PLC161000, PLC161200, PLC161400,	174 981	174 981

	PLC181000, PLC181200, PLC181400, PLC201000, PLC201200, PLC201400, PLC231000, PLC231200, PLC231400, PLC271000, PLC271200 et PLC271400.		
3187507	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, extension iliaque. **La prise en charge est assurée pour les références suivantes:** PXL161007, PXL161207, PXL161407.	158 907	158 907
3164222	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, extension aortique. **La prise en charge est assurée pour les références suivantes :** PXA230300, PXA260300, PXA280300, PXA320400, PLA360400 et PLA320400.	158 907	158 907
3175540	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, corps bifurqué GORE C3. Corps bifurqué ou tronc-branche prothétique homolatérale pour endoprothèse aortique abdominale (AAA) avec système de pose GORE C3 de la société WL GORE et associés SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 12 cm : RMT231212, RMT231412, RMT261212, RMT261412, RMT281212, RMT281412. 13 cm : RMT311413 et RLT311413. 14 cm : RMT231214, RMT231414, RMT261214, RMT261414, RMT281214, RMT281414 et RLT351414. 15 cm : RMT311415 et RLT311415. 16 cm : RMT231216, RMT231416, RMT261216, RMT261416, RMT281216, RMT281416 et RLT351416. 17 cm : RMT311417 et RLT311417. 18 cm : RMT231218, RMT231418, RMT261218, RMT261418, RMT281218, RMT281418 et RLT351418.	621 810	621 810
3155855	Hanche, tête et tête à jupe alliage métallique, ZIMMER, METASUL. **Indications :** - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. **Modalités de prescription et d'utilisation :** - l'utilisation des prothèses à couple de frottement métal-métal n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer ; - surveillance de la fonction rénale des patients implantés. **Contre-indications :** - insuffisance rénale ; - allergies au chrome, au cobalt et au nickel. Le dépistage d'une allergie à ces métaux doit être réalisé au moyen d'un interrogatoire du patient et éventuellement un test épicutané. **Références prises en charge de la tête METASUL de diamètre 28 mm et 32 mm :** - têtes METASUL cône 8/10, diamètre 28/32 mm : 01.01052.285, 01.01052.286, 01.01052.287, 01.01052.325, 01.01052.326, 01.01052.327 ; - têtes METASUL cône 12/14, diamètre 28/32 mm : 19.28.05, 19.28.06, 19.28.07, 19.28.08, 19.32.05, 19.32.06, 19.32.07, 19.32.08 ; - têtes METASUL cône 14/16, diamètre 28/32 mm : 20.28.05, 20.28.06, 20.28.07, 20.32.05, 20.32.06, 20.32.07.	51 299	51 299

3198994	Hanche, insert en alliage métallique, ZIMMER, METASUL **Indications :** - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médicalbien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. **Modalités de prescription et d'utilisation :** - l'utilisation des prothèses à couple de frottement métal-métal n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer. - Surveillance de la fonction rénale des patients implantés. **Contre-indications :** - insuffisance rénale ; - allergies au chrome, au cobalt et au nickel. Le dépistage d'une allergie à ces métaux doit être réalisé au moyen d'un interrogatoire du patient et éventuellement un test épicutané. **Références prises en charge de l'insert METASUL uniquement en diamètre 28 mm et 32 mm :** Insert Alpha METASUL neutre diamètre 28 ou 32 mm : 01.00010.407, 01.00010.408, 01.00010.409, 01.00010.410, 01.00010.411, 01.00010.412, 1.00010.413, 01.00010.414, 01.00010.415, 01.00010.416, 01.00010.417, 01.00010.709, 01.00010.710, 01.00010.711, 01.00010.712, 01.00010.713, 01.00010.714, 01.00010.715, 01.00010.716 et 01.00010.717.	51 590	51 590
3130683	Hanche, cotyle monobloc cimenté, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, DURASUL. Cotyle monobloc cimenté, DURASUL, en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm, de la société ZIMMER. **Indications :** - Coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. **Modalités de prescription et d'utilisation :** le cotyle monobloc DURASUL doit être utilisé en association avec une tête fémorale métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm **Références prises en charge :** Cotyle Exafit DURASUL, diamètre 22,2 mm: 01.00254.146, 01.00254.148, 01.00254.150, 01.00254.152, 01.00254.154, 01.00254.156, 01.00254.158, 01.00254.160 Cotyle Müller DURASUL à bord plat, diamètre 28 mm: 01.00284.042, 01.00284.044, 01.00284.046, 01.00284.048, 01.00284.050, 01.00284.052, 01.00284.054, 01.00284.056, 01.00284.058, 01.00284.060, 01.00284.062, 01.00284.064 Cotyle Müller DURASUL à bord plat, diamètre 32 mm: 01.00324.044, 01.00324.046, 01.00324.048, 01.00324.050,	40 506	40 506

	01.00324.052, 01.00324.054, 01.00324.056, 01.00324.058, 01.00324.060, 01.00324.062, 01.00324.064		
3188116	Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, DURASUL. Insert, DURASUL, en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm, de la société ZIMMER. **Indications :** - Coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés. - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. **Modalités de prescription et d'utilisation :** L'insert DURASUL doit être utilisé avec un cotyle metal-back non cimenté et une tête fémorale métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm. **Références prises en charge :** Insert Alpha DURASUL à bord plat - diamètre 28 mm : 01.00013.206, 01.00013.207, 01.00013.208, 01.00013.209, 01.00013.210, 01.00013.211, 01.00013.212, 01.00013.213, 01.00013.214, 01.00013.215, 01.00013.216, 01.00013.217. - diamètre 32 mm : 01.00013.407, 01.00013.408, 01.00013.409, 01.00013.410, 01.00013.411, 01.00013.412, 01.00013.413, 01.00013.414, 01.00013.415, 01.00013.416, 01.00013.417. Insert Alpha DURASUL à débord - diamètre 28 mm : 01.00013.306, 01.00013.307, 01.00013.308, 01.00013.309, 01.00013.310, 01.00013.311, 01.00013.312, 01.00013.313, 01.00013.314, 01.00013.315, 01.00013.316, 01.00013.317. - diamètre 32 mm : 01.00013.508, 01.00013.509, 01.00013.510, 01.00013.511, 01.00013.512, 01.00013.513, 01.00013.514, 01.00013.515, 01.00013.516, 01.00013.517. - Insert DURASUL Alloclassic CSF à débord - diamètre 28 mm : 01.00126.350, 01.00126.352, 01.00126.355, 01.00126.358, 01.00126.361, 01.00126.364, 01.00126.368, 01.00126372, 01.00126.376. Insert CLS DURASUL - diamètre 28 mm : 01.00307.346, 01.00307.348, 01.00307.350, 01.00307.352, 01.00307.354, 01.00307.356, 01.00307.358, 01.00307.360, 01.00307.362. - diamètre 32 mm : 01.00307.450, 01.00307.452, 01.00307.454, 01.00307.456, 01.00307.458, 01.00307.460, 01.00307.462.	40 506	40 506

Annexe IV à l'arrêté n° 1337 CM du 09 SEP. 2015
portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014

Modifications sur les tarifs de responsabilité et les prix limites de ventes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3109565	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 150 mm.	1 136 037	1 136 037
3103611	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 200 mm.	1 363 188	1 363 188
3103002	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 250 mm.	1 363 188	1 363 188
3146164	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 150 mm.	1 136 037	1 136 037
3105774	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 200 mm.	1 363 188	1 363 188
3136088	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 250 mm	1 363 188	1 363 188
3147117	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 150 mm.	1 136 037	1 136 037
3190389	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 200 mm.	1 363 188	1 363 188
3182823	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 250 mm.	1 363 188	1 363 188
3108896	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 150 mm.	1 136 037	1 136 037
3121282	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 200 mm.	1 363 188	1 363 188
3105277	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 250 mm.	1 363 188	1 363 188
1196264	Incontinence féminine, pessaire.	2 739	
1125086	Nutrition orale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. < un an, 200 ml.	373	373
4118193	VHP, propulsion manuelle, pliant, à dossier inclinable	72 438	
4122473	VHP, propulsion manuelle, pliant, à dossier non inclinable à articulation médiane	72 438	
4179540	VHP propulsion manuelle pour activité physiques et maintien d'activité professionnelle, non pliant	350 000	
4111854	VHP, propulsion électrique, à dossier non inclinable.	421 639	
4147668	VHP, propulsion électrique, à dossier inclinable.	433 955	
4130136	VHP, propulsion électrique, assise adaptée, dossier réglables, platines crantées.	544 120	
4122757	VHP, propulsion électrique, assise adaptée, dossier réglable, vérin pneumatique.	614 329	
2147629	Coque talonnière (moulage compris)	11 864	11 864
2689974	Chaussure orthopédique sur mesure, de classe A, la paire.	198 461	198 461
2626614	Chaussure orthopédique sur mesure, de classe A, porteur de pilon.	99 230	99 230
2620400	Chaussure orthopédique sur mesure, de classe B, la paire	218 414	218 414
2648828	Chaussure orthopédique sur mesure, de classe B, porteur de pilon.	109 207	109 207
2646692	Appareil podo-jambier spécial sur moulage. Pour chaussures de série ou orthopédiques	116 359	116 359
2681257	Chaussure orthopédique sur mesure, moulage, quelle que soit la hauteur.	13 362	13 362
2167678	Vêtement compressif, gilet sans manche	37 301	37 301
2185908	Vêtement compressif, short	32 298	32 298
2127733	Vêtement compressif, mitaine	10 457	10 457
2112269	Vêtement compressif, gant ouvert ou fermé	18 833	18 833
2181945	Vêtement compressif, chaussette haute	12 889	12 889
2134549	Vêtement compressif, cagoule	37 001	37 001
2130267	Vêtement compressif, mentonnière avec bride(s)	9 424	9 424

2145493	Vêtement compressif, collier	10 439	10 439
2126751	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, manche courte	1 727	1 727
2123712	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, manche longue	4 626	4 626
2106719	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, patte sous-cuisse	5 625	5 625
2103661	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, confection poitrine femme 3 115	3 724	3 724
2193693	Vêtement compressif, supplément short, jambe courte	3 539	3 539
2133248	Vêtement compressif, supplément short, jambe longue	5 049	5 049
2102986	Vêtement compressif, supplément chaussette haute, pied	12 505	12 505
2190602	Vêtement compressif, supplément manchette (pour mitaine ou gant ouvert ou fermé)	5 625	5 625
2122658	Vêtement compressif, supplément gant ouvert ou fermé, séparateur interdigital	14 087	14 087
2151772	Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, conformateur sternal	20 055	20 055
2180450	Orthèse plantaire au-dessous du 28	3 494	
2122121	Orthèse plantaire du 28 au 37	3 785	
2140455	Orthèse plantaire au-dessus du 37	3 896	
2158449	Orthèse plantaire, monobloc en résine coulée, moulage du pied	7 382	
RI03XX016	manchon polyuréthane	295 475	295 475
VI3U601	Manchon polyuréthane préfabriqué.	314 973	314 973
VI3U602	Manchon polyuréthane injecté et tramé.	334 257	334 257
AS6Z03	Manchon en silicone préfabriqué ou injecté de qualité médicale	187 650	187 650
VI4ZS31	Genou monoaxial, ÖSSUR, RHEO KNEE.	3 341 726	3 341 726
VI4ZS32	Genou monoaxial, ÖSSUR, RHEO KNEE, révision vingt et quarante mois.	521 922	521 922
RS601	DISPOSITIF À PRISE RAPIDE COMPLET	41 631	41 631
RS603	BOUTON DE COMMANDE DE PRISE RAPIDE	1 498	1 498
RS604	RESSORT DE GUILLOTINE DE PRISE RAPIDE	1 250	1 250
RS605	TIGE DE TRÈVES, SEULE, POLIE ET NICKELÉE	18 805	18 805
RS606	TIGE RIGIDE, POUR BRAS, POLIE ET NICKELÉE	4 012	4 012
AI3Z001	DISPOSITIF DE RECHERCHE D'ALIGNEMENT PERMETTANT UN RÉGLAGE DANS TOUS LES PLANS	14 315	14 315
2183855	CHUT à décharge de l'avant-pied, l'unité	6 159	
2187356	CHUT à décharge du talon, l'unité	6 159	
2166740	CHUT pour augmentation du volume de l'avant-pied, l'unité	6 159	
2121831	CHUP modèles Courmayeur/Podiabètes, NEUT, réf. 4933507, la paire.	14 473	
2141934	CHUP modèles Cortina/Podiabètes, NEUT, réf. 4933505, la paire.	14 473	
2122316	CHUP en abduction, enfant, JASOUPLE, OLYMPIC, la paire.	14 473	
2196680	CHUP neutre, enfant JASOUPLE, OLYMPIC, la paire.	14 473	
2101107	CHUP en abduction, enfant, JASOUPLE, BENGALE, la paire.	14 473	
2122983	CHUP neutre, enfant, JASOUPLE, BENGALE, la paire.	14 473	
2117048	CHUP en abduction à bord interne convexe, enfant, MAYZAUD, la paire.	14 473	
2129821	CHUP à bord interne rectiligne, enfant, MAYZAUD, la paire.	14 473	
2161500	CHUP, adulte, MAYZAUD, PANTORZOTE, la paire.	14 473	
2112217	CHUP, APCFL, AIRE, modèle 1-2, la paire.	14 473	
2109238	CHUP, APCFL, DAX, modèle 1-2-3, la paire.	14 473	
2182614	CHUP, APCFL, DOUAI, modèle 1-2-3, la paire.	14 473	

N° 1337

Annexe V à l'arrêté n° CM du 09 SEP. 2015
portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014

Insertion des codes

Les codes suivants sont insérés à la Liste des Produits et Prestations Remboursables à l'emplacement indiqué dans le tableau ci-dessous :

Emplacement de la modification	Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
Inséré après le code 3163607	3119210	Endoprothèse périphérique, stent lib éverolimus, Abbott, XIENCE PRIME BTK Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus XIENCE PRIME BTK de la société Abbott France. Indications de prise en charge: Traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, au stade ischémie critique, imputable à des lésions (Ø 40 mm) artérielles sous poplitées avec un diamètre de vaisseau de référence ≥ 2,25 mm et ≤ 4,25 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet. **Modalités de prescription :** La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Références prises en charge : - diamètre 2,25 mm: 1012645-08, 1012645-12, 1012645-15, 1012645-18, 1012645-23, 1012645-28 - diamètre 2,5 mm: 1012646-08, 1012646-12, 1012646-15, 1012646-18, 1012646-23, 1012646-28, 1012646-33, 1012646-38 - diamètre 2,75 mm: 1012647-08, 1012647-12, 1012647-15, 1012647-18, 1012647-23, 1012647-28, 1012647-33, 1012647-38 - diamètre 3 mm: 1012648-08, 1012648-12, 1012648-15, 1012648-18, 1012648-23, 1012648-28, 1012648-33, 1012648-38 - diamètre 3,5 mm: 1012649-08, 1012649-12, 1012649-15, 1012649-18, 1012649-23, 1012649-28, 1012649-33, 1012649-38 - diamètre 4 mm: 1012650-08, 1012650-12, 1012650-15, 1012650-18, 1012650-23, 1012650-28, 1012650-33, 1012650-38	118 655	118 655
Inséré après le code 3119210 dans : **« Société Boston Scientific SAS (Boston) »**	3124300	Endoprothèse périphérique, stent lib évérolimus, Boston, PROMUS BTK Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus avec système de mise en place monorail, PROMUS ELEMENT PLUS MONORAIL BTK de la société Boston Scientific SAS. Indications prises en charge : Traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, au stade ischémie critique, imputable à des lésions (Ø 40 mm) artérielles sous poplitées avec un diamètre de vaisseau de référence ≥ 2,25 mm et ≤ 4,25 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet. **Modalités de prescription :** La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Références prises en charge : H74939215220810, H74939215221210, H74939215221610, H74939215222010, H74939215222410, H74939215222810, H74939215223210, H74939215250810, H74939215251210, H74939215251610, H74939215252010, H74939215252410, H74939215252810, H74939215253210, H74939215253810, H74939215270810, H74939215271210, H74939215271610, H74939215272010, H74939215272410,	118 655	118 655

		H74939215272810, H74939215273210, H74939215273810, H74939215300810, H74939215301210, H74939215301610, H74939215302010, H74939215302410, H74939215302810, H74939215303210, H74939215303810, H74939215350810, H74939215351210, H74939215351610, H74939215352010, H74939215352410, H74939215352810, H74939215353210, H74939215353810, H74939215400810, H74939215401210, H74939215401610, H74939215402010, H74939215402410, H74939215402810, H74939215403210, H74939215403810.		
Inséré après le code 3124300 dans : **« Société Boston Scientific SAS (Boston) »**	3188330	Endoprothèse périphérique, stent lib évérolimus, Boston, PROMUS OTW BTK Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus avec système de mise en place coaxial, PROMUS ÉLÉMENT PLUS Over the Wire BTK de la société Boston Scientific SAS. **Indications prise en charge :** Traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, au stade ischémie critique, imputable à des lésions (⌊ 40 mm) artérielles sous poplitées avec un diamètre de vaisseau de référence ≥ 2,25 mm et ≤ 4,25 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet. **Modalités de prescription :** La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Références prises en charge : H74939227220810, H74939227221210, H74939227221610, H74939227222010, H74939227222410, H74939227222810, H74939227223210, H74939227250810, H74939227251210, H74939227251610, H74939227252010, H74939227252410, H74939227252810, H74939227253210, H74939227253810, H74939227270810, H74939227271210, H74939227271610, H74939227272010, H74939227272410, H74939227272810, H74939227273210, H74939227273810, H74939227300810, H74939227301210, H74939227301610, H74939227302010, H74939227302410, H74939227302810, H74939227303210, H74939227303810, H74939227350810, H74939227351210, H74939227351610, H74939227352010, H74939227352410, H74939227352810, H74939227353210, H74939227353810, H74939227400810, H74939227401210, H74939227401610, H74939227402010, H74939227402410, H74939227402810, H74939227403210, H74939227403810.	118 655	118 655
Inséré après le code 1184762	1184752	UROSTOMIE, COLLECTEUR DES URINES, 10 POCHES STERILES + ANNEAU	3 957	3 957
Inséré après le code 1175931	1121740	NUT.ENTÉR, ADULTES, MÉL. SEMI-ÉLÉM. NORMOPROT. NORMORÉNERG. NESTLE, PEPTAMEN 500 ML	1 129	1 129
Inséré après le code 1121740	1125519	NUT.ENTÉR., ADULTES, MÉL. SEMI-ÉLÉM. HYPERPROT. HYPERÉNERG., NESTLÉ, PEPTAMEN HN, 500 ML	1 129	1 129

Inséré après le code 1163891	1122030	Autocontrôle, app. lecture autom. glycémie/cétonémie, ABBOTT, FREESTYLE OPTIUM NEO.
		Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie.
		La prise en charge est assurée:
		- pour la mesure de la glycémie, chez les patients diabétiques traités à l'insuline et/ou les malades atteints de rétinopathie diabétique ;
		- pour la mesure de la cétonémie, dans le cadre d'un diabète de type 1 chez :
		  - les patients porteurs de pompe à insuline ;
		  - les enfants, les adolescents jusqu'à 18 ans ;
		  - les femmes enceintes.
		Pour les enfants comme pour les adultes, la prise en charge du renouvellement n'est effectuée qu'à l'expiration de la garantie de cinq ans.
		La fréquence de la surveillance de la cétonémie varie suivant le type de patient.
		Chez les patients porteurs de pompe à insuline et chez les femmes enceintes en moyenne 1 surveillance/jour est
			9 924	9 924

		nécessaire. Chez les enfants et les adolescents, environ 2 surveillances/semaine doivent être réalisées.		
Ajouté après le code 1177611	1110624	Autocontrôle, app. lecture autom. glycémie/cétonémie, MENARINI, GLUCOFIX PREMIUM. **Indications :** Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie. Pour la mesure de la glycémie : - patients diabétiques traités à l'insuline ; et/ou - malades atteints de rétinopathie diabétique. Pour la mesure de la cétonémie, dans le cadre d'un diabète de type 1 chez les : - patients porteurs de pompe à insuline; - enfants, adolescents jusqu'à 18 ans; - femmes enceintes. **Modalités de prescription et d'utilisation :** Pour la mesure de la cétonémie, la fréquence de la surveillance de la cétonémie varie suivant le type de patient. Chez les patients porteurs de pompe à insuline et chez les femmes enceintes, en moyenne 1 surveillance par jour est nécessaire. Chez les enfants et les adolescents, environ 2 surveillances par semaine doivent être réalisées. Dans la mesure où le lecteur permet la lecture chiffrée de la glycémie et de la cétonémie, la prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution tous les 4 ans chez l'adulte et de 2 attributions tous les 4 ans chez l'enfant de moins de 18 ans. **Références prises en charge :** 43408.	9 604	9 604
Inséré après le code 1110624	1179337	Autocontrôle de la cétonémie, MENARINI, GLUCOFIX B-KETONE SENSOR B/2 × 5. Boîte de 2 flacons de 5 bandelettes GLUCOFIX B-KETONE SENSOR de la société A. MENARINI DIAGNOSTICS France. **Indications :** Pour la mesure de la cétonémie, dans le cadre d'un diabète de type 1 chez les: - patients porteurs de pompe à insuline; - enfants, adolescents jusqu'à 18 ans; - femmes enceintes. **Modalités de prescription et d'utilisation :** Pour la mesure de la cétonémie, la fréquence de la surveillance de la cétonémie varie suivant le type de patient. Chez les patients porteurs de pompe à insuline et chez les femmes enceintes, en moyenne 1 surveillance par jour est nécessaire. Chez les enfants et les adolescents, environ 2 surveillances par semaine doivent être réalisées. **Références prises en charge :** 45800.	2 975	2 975
Inséré après le code 3449002 dans **« SOCIETE : ST-JUDE MEDICAL FRANCE SAS (ST JUDE) »**	3424462	Stimulateur cardiaque triple chambre, SAINT JUDE, ALLURE QUADRA. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit «triple chambre» ALLURE QUADRA et ALLURE QUADRA RF, de la société Saint Jude Medical France. **Modalités de prescription et d'utilisation :** ALLURE QUADRA et ALLURE QUADRA RF, étant exclusivement compatibles avec une sonde ventriculaire gauche quadripolaire, doivent être prescrits chez les patients avec indications retenues pour resynchronisation cardiaque :	480 000	480 000

		- soit en primo-implantation chez un patient indiqué pour l'implantation d'un stimulateur de resynchronisation; - soit en remplacement d'un stimulateur cardiaque simple, double ou triple chambre avec ajout d'une sonde ventriculaire gauche quadripolaire si cette dernière n'est pas déjà implantée. **Références prises en charge :** ALLURE QUADRA : PM3140. ALLURE QUADRA RF : PM3242.		
Inséré après le code 3424462 dans **« SOCIETE : ST-JUDE MEDICAL FRANCE SAS ST JUDE) »**	3451810	Stimulateur cardiaque de resynchronisation ventriculaire, SAINT JUDE, ALLURE. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » ALLURE et ALLURE RF de la société Saint Jude Medical France. **Références prises en charge :** ALLURE : PM3120 ALLURE RF : PM3222.	480 000	480 000
Inséré après le code 3239144	3239865	Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS SAPIEN 3 + CERTITUDE. EDWARDS SAPIEN 3 est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie transapicale avec cathéter de pose CERTITUDE. **1- Indication :** La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique ≥ 20% ou STS ≥ 10%) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication). **2. Références prises en charge :** 2.1. Système de 23 mm S3FTA123 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 23 mm et les ancillaires (CERTITUDE) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (23 mm) ; - système de mise en place CERTITUDE 9620TA23 ; - ensemble de la gaine d'introduction Edwards CERTITUDE 9620IS18 (18Fr) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique 9100BAVC (20 mm) ; - sertisseur 9600CR ; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités). 2.2. Système de 26 mm S3FTA126 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9600TFX de 26 mm et les ancillaires (CERTITUDE) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (26 mm) ; - système de mise en place CERTITUDE 9620TA26 ; - ensemble de la gaine d'introduction Edwards CERTITUDE 9620IS18 (18Fr) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique 9100BAVC (20 mm);	2 751 968	2 751 968

		- sertisseur 9600CR ; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités). 2.3. Système de 29 mm S3FTA129 regroupant: la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 29 mm et les ancillaires (CERTITUDE) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (29 mm; - système de mise en place CERTITUDE 9620TA29 - ensemble de la gaine d'introduction Edwards CERTITUDE 9620IS21 (21Fr) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique 9100BAVC (20 mm) ; - sertisseur 9600CR ; - dispositif de gonflage 96406 (2 unités). **3. Conditions de prescription ety d'utilisation pour la prise en charge :** 3.1. Composition du plateau technique : Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire : La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seule est prise en charge la voie d'abord transapicale décrite ci-dessous : - voie transapicale. Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés, dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique, et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel. 3.3. Bilan préopératoire : Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : - taille de l'anneau et sa géométrie ; - nombre de cuspides aortiques et leur symétrie ; - géométrie sous-aortique ; - géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ;		

		- aorte ascendante: diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ; - anatomie vasculaire: diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ; - anatomie coronaire ; - fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés. 3.4. Formation et expérience requises : Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit : - appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an ; - avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées ; - avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité : Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois. 3.6. Modalités de suivi du patient : Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an, puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.		
Inséré après le code 3239865	3299070	Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS SAPIEN 3 + COMMANDER. EDWARDS SAPIEN 3 est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie aortique fémorale transcutanée avec cathéter de pose COMMANDER. **1. Indication :** La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique ≥ 20% ou STS ≥ 10%) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non-indication). **2. Références prises en charge :** 2.1. Système de 23 mm S3FTF123 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 23 mm et les ancillaires (COMMANDER) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (23 mm) ;	2 751 968	2 751 968

		- système de mise en place COMMANDER 9610TF23 ; - ensemble de la gaine d'introduction eSheath 9610ES14 (14Fr) ; - cathéter à ballonnet transfémoral 9350BC20 ; - sertisseur 9600CR ; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités). 2.2. Système de 26 mm S3FTF126 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9600TFX de 26 mm et les ancillaires (COMMANDER) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (26 mm) ; - système de mise en place COMMANDER 9610TF26 ; - ensemble de la gaine d'introduction eSheath 9610ES14 (14Fr) ; - cathéter à ballonnet transfémoral 9350BC23 ; - sertisseur 9600CR ; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités). 2.3. Système de 29 mm S3FTF129 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 29 mm et les ancillaires (COMMANDER) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (29 mm) ; - système de mise en place COMMANDER 9610TF29 ; - ensemble de la gaine d'introduction eSheath 9610ES16 (16Fr); - cathéter à ballonnet transfémoral 9350BC25; - sertisseur 9600CR ; - dispositif de gonflage 96406 (2 unités). **3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge :** 3.1. Composition du plateau technique : Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire : La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seule est prise en charge la voie d'abord transfémorale décrite ci-dessous : - voie transfémorale.		

		Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés, dont au moins un cardiologue interventionnel, et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire. 3.3. Bilan préopératoire : Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : - taille de l'anneau et sa géométrie ; - nombre de cuspides aortiques et leur symétrie ; - géométrie sous-aortique ; - géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ; - aorte ascendante: diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ; - anatomie vasculaire: diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ; - anatomie coronaire ; - fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés. 3.4. Formation et expérience requises : Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit : - appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an ; - avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées ; - avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité : Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois. 3.6. Modalités de suivi du patient : Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an, puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.		
Inséré après le code 3146856	3154956	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant large 4,5 mm avec pilier. **Références :** - M51140: implant, 3 mm, avec pilier 6 mm prémonté ; - M51136: implant, 4 mm, avec pilier 6 mm prémonté ; - M51141: implant, 3 mm, avec pilier 9 mm prémonté ; - M51137: implant, 4 mm, avec pilier 9 mm prémonté ;	129 417	129 417

		- M51138: implant, 4 mm, avec pilier 12 mm prémonté.		
Inséré après le code 3147755	3115703	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant large 4,5 mm. **Références :** - M51142: implant large, 3 mm ; - M51139: implant large, 4 mm.	60 395	60 395
Inséré après le code 3195323	3116944	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier 12 mm. **Références :** - M51149.	69 022	69 022
Inséré après le code 3154689	3193749	Proth. ostéo-intég., COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) avec pilier, BIA400. Implant (fixture) de 4 mm revêtu de TiOblast avec pilier prémonté revêtu d'hydroxyapatite pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. **La prise en charge est assurée pour les références suivantes :** 93329 : implant avec pilier 6 mm ; 93330 : implant (fixture) avec pilier 8 mm ; 93331 : implant (fixture) avec pilier 10 mm ; 93332 : implant (fixture) avec pilier 12 mm.	129 417	129 417
Inséré après le code 3148683	3128189	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier concave BA400. Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Pilier concave avec revêtement de surface en hydroxyapatite. Le pilier BA400 est compatible avec l'ensemble des processeurs BAHA inscrits sur la LPPR : processeurs INTENSO, DIVINO, CORDELLE II, BP100 et BP110 Power. Ce pilier est compatible avec l'implant BI300. **La prise en charge est assurée pour les références suivantes :** 93333 : pilier 6 mm ; 93334 : pilier 8 mm ; 93335 : pilier 10 mm ; 93336 : pilier 12 mm.	69 022	69 022
Inséré après le code 3134400	3179494	Cheville, implant tibial non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO TALARIS. Implant tibial pour prothèse totale de cheville SALTO TALARIS, en chrome cobalt (CoCr) avec revêtement plasma spray de titane. **La prise en charge est assurée pour les références suivantes :** LJU520, LJU521, LJU522 et LJU523.	114 165	114 165
Inséré après le code 3179494	3150830	Cheville, implant astragalien, non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO TALARIS. Implant talien pour prothèse totale de cheville SALTO TALARIS, en chrome cobalt (CoCr) avec revêtement plasma spray de titane. **La prise en charge est assurée pour les références suivantes :** LJU500, LJU501, LJU502, LJU503, LJU510, LJU511, LJU512 et LJU513.	103 759	103 759
Inséré après le code 3150830	3137604	Cheville, insert talien en polyéthylène, TORNIER SAS (France), SALTO TALARIS. Insert talien fixe en polyéthylène pour prothèse totale de cheville SALTO TALARIS. **La prise en charge est assurée pour les références suivantes :** LJU408, LJU409, LJU410, LJU411, LJU418, LJU419, LJU420, LJU421, LJU215, LJU216, LJU217, LJU218, LJU225, LJU226, LJU227, LJU228, LJU235, LJU236, LJU237, LJU238, LJU239, LJU240, LJU241 LJU242, LJU243, LJU245, LJU246, LJU247, LJU248, LJU249, LJU250, LJU251, LJU252, LJU253, LJU255, LJU256, LJU257, LJU258, LJU259, LJU260, LJU261, LJU262, LJU263, LJU265, LJU266, LJU267, LJU268, LJU269, LJU270, LJU271, LJU272, LJU273, LJU275, LJU276, LJU277, LJU278, LJU279, LJU280, LJU281, LJU282, LJU283, LJU285, LJU286, LJU287, LJU288, LJU289, LJU290, LJU291, LJU292 et LJU293.	26 006	26 006
Inséré après le code 1125100	1138315	Oxygénothérapie à long terme, déambulation, SCALEO, INOGEN ONE G3 Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile, INOGEN ONE G3 de la société Scaleo Medical.	12 628	12 628

		Indications : La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. **Modalités de prescription et d'utilisation :** Une titration préalable par le médecin prescripteur est nécessaire, afin de déterminer le réglage optimal adapté aux besoins du patient au repos et à l'effort. La titration à l'effort peut être réalisée lors d'un test de marche de six minutes. Dans le cadre de l'oxygénothérapie de longue durée (>15h/j), le concentrateur portable INOGEN ONE G3 doit être associé à un concentrateur «classique» en poste fixe, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil. **Description :** INOGEN ON G3 est un concentrateur d'oxygène mobile qui assure la production d'oxygène à usage médical à partir de l'air ambiant, par absorption de l'azote sur un tamis moléculaire de zéolithe. Le concentrateur mobile INOGEN ONE G3 est fourni avec : - une batterie de huit cellules (possibilité d'une batterie 16 cellules en option, référence S3231040) ; - un sac de transport avec bandoulière (possibilité d'un sac à dos en option, référence S3231042) ; - un cordon d'alimentation secteur ; - un cordon d'alimentation allume-cigare (possibilité d'un chargeur externe de batterie en option, référence S3231041) ; - un manuel d'utilisation. **Référence prise en charge :** La prise en charge est assurée pour la référence S321208.		
Inséré après le code 1100614	1108917	Ventilation assistée, ≥ 12 heures + SCALEO, INOGEN ONE G3 **Forfait hebdomadaire 122** associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à douze heures, code 1163030) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 122 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1138315.	20 976	20 976
Inséré après le code 1167890	1132442	Ventilation assistée, < 12 heures + SCALEO, INOGEN ONE G3 ; **Forfait hebdomadaire 123** associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 123 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1138315.	18 411	18 411
Inséré après le code 1126401	1130176	Hyperinsufflations ou in-exsufflations + SCALEO, INOGEN ONE G3. **Forfait hebdomadaire 124** associant les forfaits 7 (de ventilation assistée dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire, code 1176480) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 124 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1138315.	13 273	13 273
Inséré après le code 1102464	1144936	Trachéotomie sans ventilation + SCALEO, INOGEN ONE G3 ; **Forfait hebdomadaire 125** associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 125 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1138315.	18 499	18 499
Inséré après le code	1107042	Ventilation assistée, trachéotomisés+SCALEO, INOGEN ONE G3 ;	30 278	30 278

1186544		**Forfait hebdomadaire 121** associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 121 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1138315.		
Inséré après le code 1145692	1171710	Nut orale, adulte, mél poly hyperprotidique hyperénergét, concentré, 200 ml, B/1. Mélange polymérique hyperprotidique hyperénergétique concentré, la bouteille de 200 ml dont la teneur en protéines, pour 100 ml, est supérieure ou égale au double de la teneur minimale d'une ration de 300 ml d'un mélange hyperprotidique hyperénergétique et dont la valeur énergétique, à la ration, est supérieure ou égale pour 100 ml à celle d'une ration de 300 ml d'un mélange hyperprotidique hyperénergétique. Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants : Protéines : - protéines entières animales ou végétales ; - teneur ≥ 14 g /100 ml. Lipides : - à base d'huiles végétales ou animales ; - 15 % ≤ Apport ≤ 45 % des AET du mélange. Glucides : - QSP 100 % des AET du mélange. Energie : - hyperénergétique: valeur énergétique ≥ 2,25 kcal/ml. Conditionnement : - 200 millilitres.	562	562
Inséré après le code 1171710	1139349	Nut orale, adulte, mél poly hyperprotidique hyperénergét, concentré, 200 ml, B/3. Mélange polymérique hyperprotidique hyperénergétique concentré, conditionnement de 3 bouteilles de 200 ml. Chaque bouteille de 200 ml a une teneur en protéines, pour 100 ml, qui est supérieure ou égale au double de la teneur minimale d'une ration de 300 ml d'un mélange hyperprotidique hyperénergétique et une valeur énergétique, à la ration, qui est supérieure ou égale pour 100 ml à celle d'une ration de 300 ml d'un mélange hyperprotidique hyperénergétique. Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants : Protéines : - protéines entières animales ou végétales ; - teneur ≥ 14 g /100 ml. Lipides : - à base d'huiles végétales ou animales ; - 15 % ≤ Apport ≤ 45 % des AET du mélange. Glucides : - QSP 100 % des AET du mélange. Energie : - hyperénergétique: valeur énergétique ≥ 2,25 kcal/ml. Conditionnement : - 200 millilitres.	1 686	1 686

Inséré après le code 1139349	1141330	Nut orale, adulte, mél poly hyperprotidique hyperénergét, concentré, 200 ml, B/4. Mélange polymérique hyperprotidique hyperénergétique concentré, conditionnement de 4 bouteilles de 200 ml. Chaque bouteille de 200 ml a une teneur en protéines, pour 100 ml, qui est supérieure ou égale au double de la teneur minimale d'une ration de 300 ml d'un mélange hyperprotidique hyperénergétique et une valeur énergétique, à la ration, qui est supérieure ou égale pour 100 ml à celle d'une ration de 300 ml d'un mélange hyperprotidique hyperénergétique. Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants : Protéines : - protéines entières animales ou végétales ; - teneur ≥ 14 g /100 ml. Lipides : - à base d'huiles végétales ou animales ; - 15 % ≤ Apport ≤ 45 % des AET du mélange Glucides : - QSP 100 % des AET du mélange. Energie : - Hyperénergétique : valeur énergétique ≥ 2,25 kcal/ml. Conditionnement : - 200 millilitres.	2 247	2 247
Inséré après le code 1141330	1171465	Nut orale, adulte, mél poly hyperprotidique hyperénergét, concentré, 200 ml, B/6. Mélange polymérique hyperprotidique hyperénergétique concentré, conditionnement de 6 bouteilles de 200 ml. Chaque bouteille de 200 ml a une teneur en protéines, pour 100 ml, qui est supérieure ou égale au double de la teneur minimale d'une ration de 300 ml d'un mélange hyperprotidique hyperénergétique et une valeur énergétique, à la ration, qui est supérieure ou égale pour 100 ml à celle d'une ration de 300 ml d'un mélange hyperprotidique hyperénergétique. Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants : Protéines : - protéines entières animales ou végétales ; - teneur ≥ 14 g /100 ml. Lipides : - à base d'huiles végétales ou animales ; - 15 % ≤ Apport ≤ 45 % des AET du mélange. Glucides : - QSP 100 % des AET du mélange. Energie : - hyperénergétique : valeur énergétique ≥ 2,25 kcal/ml Conditionnement : - 200 millilitres.	3 371	3 371
Inséré après le code 2772209	2769383	Pied restitution énergie, classe III, ENDOLITE, ECHELON	568 400	568 400
Inséré après le code	2728208	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, TRITON LP.	563 608	563 608

2752187				
Inséré après le code 2775188	2793460	Pied restitution énergie, classe III, MEDI, MEDI PANTHERA CF2.	558 857	558 857
Inséré après le code 2330977	2326438	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA 4, processeur. Le processeur externe BAHA 4 est fourni dans un coffret qui comprend : - le processeur de son BAHA 4 ; - une brosse de nettoyage du pilier ; - un jeu de piles ; - un couvre-pilier ; - un cordon de sécurité ; - un couvercle de compartiment de pile supplémentaire ; - un outil magnétique d'extraction de la pile ; - une baguette de test ; - la documentation (manuel d'utilisation, carte de garantie, carte d'enregistrement, carte IRM). **Références prises en charge :** 93630, 93631, 93632, 93633 et 93634. Ce processeur est garanti deux ans. Le renouvellement du processeur au-delà de la période de garantie est envisageable lorsqu'une dégradation des performances (auditives ou non auditives) est observée du fait du processeur mais ne peut intervenir qu'après une période minimale de deux ans.	126 900	
Inséré AVANT le code 3184779	3189802	Rachis, prothèse disque lombaire, FH ORTHOPEDICS, LP ESP II - Société FH ORTHOPEDICS SAS (France) La prothèse discale LP ESP II est un implant monobloc constitué de deux plateaux d'alliage de titane, séparés par une partie déformable destinée à autoriser les mouvements naturels du disque. La prothèse possède des picots en relief et un revêtement d'HAP (hydroxyapatite) sur sous-couche de titane pur (T40), poreux et rugueux. La prothèse a une jonction résistante et étanche entre la partie souple et la partie rigide. La partie déformable est constituée d'un coussin souple en polycarbonate uréthane et d'un noyau central en silicone chargé de billes compressibles. La prothèse est composée d'une gamme à plateaux parallèles et d'une gamme à plateaux inclinés en titane 40 et en hydroxyapatite. **Références prises en charge :** Plateaux parallèles : Référence 255677, LP ESP – P2H0, hauteur : 10 mm Référence 255678, LP ESP – P2H2, hauteur : 12 mm Référence 255679, LP ESP – P2H4, hauteur : 14 mm Plateaux inclinés : Référence 255682, LP ESP – I2H0, angulation : 7o, hauteur : 10 mm Référence 255683, LP ESP – I2H2, angulation : 7o, hauteur 12 mm Référence 255684, LP ESP – I2H3, angulation : 7o, hauteur 13 mm Référence 255999, LP ESP – I3H0, angulation : 7o, hauteur 10 mm Référence 256000, LP ESP – I3H2, angulation : 7o, hauteur 12 mm Référence 256001, LP ESP – I3H3, angulation : 7o, hauteur 13 mm Référence 255687, LP ESP – J2H0, angulation : 9o, hauteur 10 mm Référence 255688, LP ESP – J2H2, angulation : 9o, hauteur 12 mm	253 800	253 800

		Référence 255689, LP ESP – J2H3, angulation : 9o, hauteur 13 mm Référence 256002, LP ESP – J3H0, angulation : 9o, hauteur 10 mm Référence 256003, LP ESP – J3H2, angulation : 9o, hauteur 12 mm Référence 256004, LP ESP – J3H3, angulation : 9o, hauteur 13 mm Référence 255690, LP ESP – K2H0, angulation : 11o, hauteur 10 mm Référence 255691, LP ESP – K2H2, angulation : 11o, hauteur 12 mm Référence 255692, LP ESP – K2H3, angulation : 11o, hauteur 13 mm Référence 256005, LP ESP – K3H0, angulation : 11o, hauteur 10 mm Référence 256006, LP ESP – K3H2, angulation : 11o, hauteur 12 mm Référence 256007, LP ESP – K3H3, angulation : 11o, hauteur 13 mm		
Inséré après le code 1130220	1116680	Oxygénothérapie à long terme, déambulation, CHART SEQUAL, ECLIPSE 3 - Société CHART SEQUAL TECHNOLOGIES INC (CHART SEQUAL) Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir du concentrateur d'oxygène transportable ECLIPSE 3, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe. Indications : La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, en poste fixe et/ou pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode continu à un débit inférieur ou égal à 3 L/min et/ou éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Modalités de prescription et d'utilisation : Une titration préalable par le médecin prescripteur est nécessaire, afin de déterminer le réglage optimal adapté aux besoins du patient au repos et à l'effort. La titration à l'effort peut être réalisée lors d'un test de marche de six minutes. Le concentrateur transportable ECLIPSE 3 est fourni avec : - une batterie ; - un bloc d'alimentation ; - un adaptateur allume-cigare ; - des lunettes nasales ; - un chariot de transport ; - un manuel d'utilisation. **Références :** 5901-SEQ.	12 628	12 628
Inséré après le code 1107042	1167570	Ventilation assistée, trachéotomisés + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3. **Forfait hebdomadaire 103** associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680) La prise en charge du forfait 103 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1116680).	30 278	30 278
Inséré après le code 1167570	1192119	Ventilation assistée, trachéotomisés + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL. **Forfait hebdomadaire 112** associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 112 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1133430.	30 278	30 278
Inséré après le code 1108917	1127607	Ventilation assistée _ 12 heures + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3 **Forfait hebdomadaire 104** associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680). La prise en charge du forfait 104 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution	20 976	20 976

		des codes 1163030 et 1116680.		
Inséré après le code 1127607	1144103	Ventilation assistée, _ 12 heures + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL. **Forfait hebdomadaire 113** associant les forfaits 5 (de ventilation assistée _ à 12 heures, code 1163030) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 113 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1133430.	20 976	20 976
Inséré après le code 1132442	1119134	Ventilation assistée _ 12 heures + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3. **Forfait hebdomadaire 105** associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680). La prise en charge du forfait 105 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1116680.	18 411	18 411
Inséré après le code 1119134	1126708	Ventilation assistée, _ 12 heures + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL. **Forfait hebdomadaire 114** associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 114 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1133430.	18 411	18 411
Inséré après le code 1130176	1103015	Hyperinsufflations ou in - exsufflations + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3. **Forfait hebdomadaire 106** associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680). La prise en charge du forfait 106 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1116680.	13 273	13 273
Inséré après le code 1103015	1163879	Hyperinsufflations ou in-exsufflations + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL. **Forfait hebdomadaire 115** associant les forfaits 7 (forfait d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 115 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1133430.	13 273	13 273
Inséré après le code 1144936	1178651	Trachéotomie sans ventilation + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3 **Forfait hebdomadaire 107** associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680). La prise en charge du forfait 107 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1116680.	18 499	18 499
Inséré après le code 1178651	1163916	Trachéotomie sans ventilation + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL. **Forfait hebdomadaire 116** associant les forfaits 8 (forfait trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 116 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1133430.	18 499	18 499
Inséré après le code 3455215	3400177	Neurostimulateur médulaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, système complet + accessoires. Le système complet RestoreADVANCED SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation. **1. Indications** Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaire à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ;	2 502 000	2 502 000

		- une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). **2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge** Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste ; - Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur.		

		3. Références prises en charge : 97713.		
Inséré après le code 3400177	3455511	Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, renouvellement. Le neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. **1. Indications** Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non ;rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). **2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge** Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence :	2 046 720	2 046 720

		- Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge** : 97713		
Inséré après le code 3453417	3436910	Neurostimulateur médulaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA SURESCAN MRI, système complet + accessoires. Le système complet RestoreULTRA SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation. **1. Indications** Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). **2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge** Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale	2 502 000	2 502 000

		de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge** : 97712		
Inséré après le code 3436910	3458314	Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA SURESCAN MRI, renouvellement. Le neurostimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. **1. Indications** Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). **2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge** Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.	2 046 720	2 046 720

		Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge** : 97712		
Inséré après le code 3451163	3410218	Neurostimulateur médulaire, MEDTRONIC, RestoreSensor SURESCAN MRI, système complet + accessoires Le système complet RestoreSENSOR SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation. **1. Indications** Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreSensor SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS	2 502 000	2 502 000

		SURESCAN MRI). **2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge** Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreSENSOR SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge** : 97714		
Inséré après le code 3410218	3482614	Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR SURESCAN MRI, renouvellement. Neurostimulateur médullaire RestoreSensor SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. **1. Indications** Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.	2 046 720	2 046 720

		Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreSensor SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). **2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge** Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreSensor SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge :** 97714		
Inséré après le code 3495462	3495605	Neurostimulateur médulaire, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, système complet + accessoires.	1 251 600	1 251 600

		Le système complet PRIMEADVANCED SURESCAN MRI : neurostimulateur non rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur, ...) pour primo-implantation. **1. Indications** Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV. Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). **2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge** Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme		

		SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge : 97702**		
Inséré après le code 3495605	3424210	Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, renouvellement. Le neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. **1. Indications** Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV. Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). **2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge** Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - a réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) :	1 146 240	1 146 240

		- TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge :** 97702		
Inséré après le code 3492044	3468608	Neurostimulateur médulaire, l'électrode octopolaire, MEDTRONIC, VECTRIS SURESCAN MRI. Electrode octopolaire VECTRIS SURESCAN MRI pour système de neurostimulation PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, RestoreULTRA SURESCAN MRI ou RestoreSENSOR SURESCAN MRI de la société Medtronic. **Références prises en charge :** VECTRIS SURESCAN MRI 1 × 8 COMPACT : 977A260, 977A275 et 977A290. VECTRIS SURESCAN MRI 1 × 8 SUBCOMPACT : 977A160, 977A175 et 977A190.	78 000	78 000
Inséré après le code 1157301	1192421	Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, IST, SYNCARDIA TAH-t Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif SYNCARDIA TAH-t au-delà des deux premières années après l'implantation. Ce forfait comprend : toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments y compris des batteries.	148 750	148 750
Inséré après le code 3404465	3414860	Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, Thoratec, HEARTMATE II V2. Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments, y compris batteries pendant les deux années suivant l'implantation. HEARTMATE II V2 est un DACM à débit continu (non pulsatile) électrique intracorporel mono-ventriculaire gauche. Il est constitué d'une pompe à sang, d'un contrôleur de système, d'une source d'alimentation et de modules de données. **Références prises en charge :** Kit d'implantation HeartMate¢ II V2 (réf. 106016), comprenant : 1 pompe à sang HM II, 1 canule d'entrée flexible (20 mm) enduite (réf. 104142), 1 canule de sortie (16 mm) enduite avec manchon anti-plicature (réf. 103393), 1 collier pour manchon anti-plicature de la canule de sortie enduite (réf. 107315), 1 contrôleur de système Pocket comprenant une batterie de secours 106128 (réf. 106017), 1 jeu de protecteurs de filetage, 1 couteau apical avec manche (réf. 1050), 1 collerette de suture apicale (réf. 1065), 1 emporte-pièce pour forage cutané, kit d'accessoires du contrôleur de système Pocket (HeartMate GoGear Pocket Controller) (réf. 106129). **Kit d'équipement :** HeartMate¢ II V2 (106018PSK) comprenant : 1 contrôleur de système Pocket, comprenant une batterie de secours 106128 (réf. 106017), 2 jeux de batteries 14 V rechargeables (par 4) (réf. 2465), 1 jeu de clips porte-batteries (par 2) (réf. 2865), 1 étui porte-batteries (HeartMate GoGear Pocket Controller) (par 2) (réf. 104234), 1 sacoche d'épaule (HeartMate GoGear Pocket Controller) (gauche/droite) (réfs 106449/104233), 1 kit de douche (HeartMate GoGear Pocket Controller) (par 2) (réf. 104232), 1 veste de transport (HeartMate GoGear Pocket Controller) (taille S/M/L) (réf. 104229/104230/104231). Instruments d'implantation : tunnélisateur (réf. 102137), outil de démontage (spanneur wrench) (réf.102138). **Equipement :** - module d'alimentation avec câbles (réf. 103868) fourni avec un chargeur universel de batteries (réf. 103869) et un moniteur de système avec câble (réf. 1286) ; ou	10 507 800	10 507 800

		- unité d'alimentation mobile (réf. 107758) comprenant 1 cordon d'alimentation (réf. 107757) et fournie avec un chargeur universel de batteries (réf. 103869) et un moniteur de système avec câble (réf. 1286). Cette unité d'alimentation mobile ne sera fournie qu'aux patients nouvellement implantés et bénéficiant de la dernière version du contrôleur de système Pocket (réf. 106017) comprenant une batterie de secours (réf. 106128).		
Inséré après le code 3461724	3402992	Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON MINI, système complet + accessoires. Le système complet EON MINI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation. **Référence prise en charge : 3788.** **I. - Caractéristiques principales** Description : Le système EON MINI comprend un stimulateur multi-canaux et une source d'alimentation rechargeable. Le stimulateur se connecte sur une ou deux sondes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de 16 contacts thérapeutiques. Le stimulateur EON MINI possède un système de communication par télémétrie qui reçoit et décode les signaux de radiofréquence produits par un émetteur, qui peut être l'ordinateur utilisé par le médecin ou la télécommande remise au patient. Fonction : Ce dispositif a pour fonction la stimulation électrique à visée antalgique des fibres sensitives ß des cordons postérieurs de la moelle épinière, induisant des paresthésies locales. Indication prise en charge : - Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; - ou un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase test de stimulation (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en partie une étude de potentiels somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Dans les indications suivantes : Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou post-chirurgicale ; - une amputation (douleur de membre fantôme) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artériopathie oblitérante des membres inférieurs de stade III ou IV. Dans les indications prises en charge, le neurostimulateur EON MINI offre un service attendu suffisant et une absence d'amélioration du service attendu (ASA V) par rapport aux autres systèmes de neurostimulation médullaire implantables rechargeables inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Conditions de remboursement : - la validation de l'indication, l'évaluation de la stimulation-test* et le suivi post-implantation des patients doivent être effectués par une équipe multidisciplinaire, dans le cadre d'une consultation douleur ; - la mise en place du système doit être faite par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent de celui responsable de la validation de l'indication. **II. - Place dans la stratégie thérapeutique** Dans l'indication de la douleur chronique irréductible, la neurostimulation médullaire est indiquée en cas d'échec (par mauvaise tolérance ou inefficacité) ou de contre-indication des moyens thérapeutiques suivants :	2 376 900	2 376 900

		- antalgiques de niveau I ou II ; - kinésithérapie ; - physiothérapie ; - myorelaxants ; - nalgésiques ; - anesthésie par blocage nerveux ; - antiépileptiques ; - antidépresseurs tricycliques ; - neurostimulation transcutanée couplée à la kinésithérapie et à un abord comportemental ; - dans le cas de la maladie de Buerger, la prostacycline. Les alternatives pouvant être envisagées après échec de la neurostimulation médullaire sont la stimulation cérébrale profonde, les pompes implantables permettant l'injection intrathécale d'antalgiques, la chirurgie de section des afférences. Apport du produit La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) considère que les systèmes EON MINI et EON (inscrit sur la LPPR) sont techniquement équivalents en termes de paramètres de stimulation et d'électrodes. III. - **Utilisation pratique** Un test de stimulation d'une durée minimale de dix jours, avec « retour au domicile souhaité » sera réalisé en préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale des patients en ambulatoire. L'amélioration de la douleur doit être au moins de 50 %. IV. - **Spécifications économiques et médico-sociales** EON MINI (SAINT JUDE MEDICAL FRANCE SAS) est inscrit sous nom de marque sur la LPPR. * Le test de stimulation préalable à l'implantation a une durée minimale de dix jours, avec un retour souhaitable au domicile et une prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur à l'issue de ce test doit être d'au moins 50 %.		
Inséré après le code 3402992	3422730	Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON MINI, renouvellement. Neurostimulateur médullaire seul. **Référence prise en charge :** 3788.	1 944 384	1 944 384
Inséré après le code 1183540	1171726	Spiromètre électronique portable, loc. trimest., LAMIRAU, SPIROTEL V2. **Modalités d'utilisation et de prescription :** Le CD-ROM Winspiro Pro PC Software doit être fourni aux professionnels de santé. **Référence prise en charge :** Réf 9107000 contenant 1 SPIROTEL V2, 1 pochette, 1 câble Mini USB, 1 manuel, 1 pince-nez et 1 embout. ***Société LAMIRAU Technologies (LAMIRAU)***	4 281	4 281
Inséré après le code 1201700	1228857	Escarres, coussin pneumatique, classe II, RECFRANCE, PROFIL'AIR. Coussin à air non motorisé à cellules pneumatiques individuellement déformables. **Indications :** La prise en charge de PROFIL'AIR est assurée pour la prévention des escarres chez les patients à risque élevé ou très élevé d'escarres ischiatiques ou présentant une escarre maximale de stade 1 (présence d'érythème) sans trouble de la stabilité (monocompartiment) ou avec trouble de la stabilité (multicompartiment). **Modalités de prescription et d'utilisation :**	30 258	30 258

		La prise en charge de ce coussin est assurée pour des patients dont le poids est compris entre 35 et 120 kg. La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. La prescription du coussin PROFIL'AIR est réservée aux médecins de rééducation physique et de réadaptation, aux neurologues et aux gériatres. **Références :** - REC-CPA002 - 40 × 40 × 5 cm - mono-compartiment - REC-CPA003 - 40 × 45 × 5 cm - mono-compartiment - REC-CPA004 - 45 × 45 × 5 cm - mono-compartiment - REC-CPA005 - 40 × 40 × 7 cm - mono-compartiment - REC-CPA006 - 40 × 45 × 7 cm - mono-compartiment - REC-CPA007 - 45 × 45 × 7 cm - mono-compartiment - REC-CPA008 - 40 × 40 × 7 cm - bi-compartiment - REC-CPA009 - 40 × 45 × 7 cm - bi-compartiment - REC-CPA010 - 45 × 45 × 7 cm - bi-compartiment Ce coussin est conditionné de façon unitaire et est livré avec deux housses de protection, un système de gonflage, un kit de réparation et une notice d'utilisation.		
Inséré après le code 1125086	1120999	Nutrition orale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. _ un an, 4 × 200 ml. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition orale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 4 bouteilles de 200 ml.	1 141	
Inséré après le code 4169670	PF00001	VHP, propulsion manuelle, non pliant, pour patient de plus de 170kg. La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.	250 000	
Inséré après le code 4122473	PF00002	VHP, propulsion manuelle, pliant, pour patient de plus de 170kg. La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.	250 000	
Inséré après le code 4179540	PF00003	VHP propulsion manuelle pour activité physiques et maintien d'activité professionnelle, pliant. La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.	350 000	
Inséré après le code 1280533	PF00004	Soulève-malade, achat. Soulève-malade mécanique ou électrique. La prise en charge est autorisée uniquement dans les iles autres que Tahiti. La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.	105 600	

Annexe VI à l'arrêté n° 1337 CM du 9 SEP. 2015
portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014

Suppression de la Liste des Produits et Prestations Remboursables

Dans la Liste des Produits et Prestations Remboursables, les codes suivants sont supprimés :

3166422	Endoprothèse coronaire dite «stent», inactif, Abbott, TRIMAX
3155097	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, corps bifurqué
1107183	Spiromètre électronique portable, location trimestrielle, LAMIRAU, SPIROTEL
3116594	Endoprothèse carotidienne, Bard, BARD VIVEXX
3137188	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, jambage, 14 cm
1195342	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, CRYONIC, ORTHOVIS
3138762	Hanche, tête modulaire, tige alliage métal., BIOMET, M2A/MAGNUM. »
3135077	Hanche, cotyle monobloc non cimenté, alliage métal., BIOMET, RECAP/MAGNUM POROUS
3161933	Hanche, cotyle, alliage métallique, ZIMMER, METASUL, quelle que soit la taille
3111480	Hanche, cotyle, monobloc mixte, alliage métallique, ZIMMER, METASUL, quelle que soit la taille
3430362	Dispositif assistance circulat, mono-ventriculaire gauche, THORATEC, HEARTMATE II
3156777	Uro-génital, implant testiculaire

Au titre III, chapitre 1er, section 1, dans la sous-section 2 « Implants vasculaires », le paragraphe 2 « Implants de pontage » et les codes correspondants suivants sont supprimés :

3171860	Implant vasculaire de pontage textile, droit, inférieur à 30 cm
3189423	Implant vasculaire de pontage textile, droit, égal ou supérieur à 30 cm et inférieur à 70 cm
3122608	Implant vasculaire de pontage textile, droit, égal ou supérieur à 70 cm
3198267	Implant vasculaire de pontage textile, bifurqué ou multifurqué
3128657	Implant vasculaire de pontage non textile, droit, inférieur à 30 cm
3131949	Implant vasculaire de pontage non textile, droit, égal ou supérieur à 30 cm et inférieur à 70 cm
3190780	Implant vasculaire de pontage non textile, droit, égal ou supérieur à 70 cm
3137998	Implant vasculaire de pontage non textile, bifurqué ou multifurqué

Au titre III, chapitre 1er, section 5, sous-section 1, paragraphe 4 : « Implants articulaires de hanche » de la liste des produits et prestations remboursables, sont supprimés la rubrique « Société AKTHEA/ENCORE ORTHOPEDICS » et les produits suivants :

3128290	« Hanche, tête et tête à jupe alliage métallique, AKTHEA, TETE 497
3170665	« Hanche, cotyle, alliage métallique, AKTHEA, 430 XX
3159942	« Hanche, insert en alliage métallique, AKTHEA, 499

Au titre III, chapitre 1er, section 5, sous-section 1, paragraphe 3 «Implants articulaires de genou (contrainte ou non contrainte)», sont supprimés la rubrique «Société Smith & Nephew Orthopaedics France SAS (Smith)» et le produit suivant :

3152762	« Genou, implant fémoral zirconium, Smith, bicondylien, cimenté »

Au titre III, chapitre 1er, la section 11 « Implants d'expansion cutanée gonflable » et les codes correspondants suivants sont supprimés :

3141592	Implant d'expansion cutanée gonflable, lisse
3195895	Implant d'expansion cutanée gonflable, texturé, avec valve intégrée
3187915	Implant d'expansion cutanée gonflable, texturé, avec valve auto-obturante

Au titre III, chapitre 2, section 1, la sous-section 2 « Implants de pontage imprégnés de dérivés d'origine animale ou composés de tissus d'origine animale » et les codes correspondants suivants sont supprimés :

3243588	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, aesculap, unigraft-bovin
3267318	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, bard, dialine ii-bovin
3215391	Implant vasculaire de pontage droit _ 30 cm, bard, wovex
3225343	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, corvita, vascular graft
3286936	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, hancock jaffe, procol
3282766	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, ihs, to5 eai
3209806	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, ihs, t03 eao
3220624	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, intervascular, intergard
3248278	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, intervascular, intergard i
3298402	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, jotec, flownit bioseal gaine
3238529	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, jotec, flowweave bioseal-bovin
3262060	Implant vasculaire de pontage droit _ 30 cm, lemaitre, albograft tm collagene-bovin
3299525	Implant vasculaire de pontage droit _ 30 cm, lemaitre, carbograft-bovin

3234537	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, maquet, hemashield-bovin
3236737	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, perouse, polymaille tricote-bovin
3283317	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, perouse, polythese-bovin
3233383	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, prothia, omniflow ii-bovin
3208310	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, vascutek, gelsoft-bovin
3238759	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, vascutek, gelseal triaxial-bovin
3275878	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, vascutek, gelweave-bovin
3280684	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, vascutek, gelsoft+/kthin
3242011	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, vascutek, fluoropassiv-bovin
3236648	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm, vascutek, sealptfe/taperflow bovin
3250803	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, aesculap unigraft-bovin
3223775	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, bard, dialine ii-bovin
3264946	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, bard, wovex
3287924	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, corvita, vascular graft
3259603	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, hancock jaffe, procol
3231272	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, ihs, to5 eai-bovin
3233845	Implant vasculaire de pontage droit _ 30 cm _ 70 cm, ihs, t03 eao-bovin
3205518	Implant vasculaire de pontage droit _ 30 cm _ 70 cm, intervascular, intergard
3225811	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, intervascular, intergard i
3225478	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, jotec, flownit-bovin
3230686	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, jotec, flowweave-bovin
3226800	Implant vasculaire de pontage droit _ 30 cm _ 70 cm, lemaitre, albograft tm
3223640	Implant vasculaire de pontage droit _ 30 cm _ 70 cm, lemaitre, carbograft
3210880	Implant vasculaire de pontage, droit ou _ 30 cm _ 70 cm, maquet, hemashield
3262930	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, perouse, polymaille tricote
3200053	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, perouse, polythese
3259678	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, prothia, omniflow ii
3261451	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, vascutek, gelsoft bovin
3208669	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, vascutek, gelseal triaxial
3231674	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, vascutek, gelweave-bovin
3285629	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, vascutek, gelsoft+/kthin
3252481	Implant vasculaire de pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, vascutek, fluoropassiv
3212139	Implant vasc pontage, droit _ 30 cm _ 70 cm, vascutek, sealptfe/taperflo-bovin
3294410	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, aesculap, unigraft-bovin

3240472	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, bard, dialine ii-bovin
3206682	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, bard, wovex
3217450	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, corvita, vascular graft-porcin
3244487	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, hancock jaffe, procol-bovin
3272087	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, ihs, to5 eai-bovin
3243803	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, ihs, t03 eao-bovin
3226762	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, intervascular, intergard-bovin
3298431	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, intervascular, intergard i-bovin
3211915	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, jotec, flownit-bovin
3233851	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, lemaitre, albograft tm
3257596	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, lemaitre, carbograft
3295728	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, maquet, hemashield-bovin
3270102	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, perouse, polymaille tricote-bovin
3224059	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, perouse, polythese-bovin
3245794	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, prothia, omniflow ii-bovin
3217220	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, vascutek, gelsoft-bovin
3237524	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, vascutek, gelsoft triaxial-bovin
3264567	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, vascutek, gelweave-bovin
3287605	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, vascutek, gelsoft+/kthin
3240727	Implant vasculaire de pontage, droit _ 70 cm, vascutek, fluoropassiv-bovin
3289580	Implant vasc pontage, droit _ 70 cm, vascutek, sealptfe/taperflo-bovin
3281436	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, aesculap, unigraft-bovin
3263875	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, bard, dialine ii-bovin
3289840	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, bard, wovex
3248947	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, corvita, vascular graft-porcin
3266508	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, hancock jaffe, procol-bovin
3206417	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, ihs, to5 eai-bovin
3272555	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, ihs, t03 eao-bovin
3261043	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, intervascular, intergard-bovin
3223249	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, intervascular, intergard i-bovin
3232604	Implant vasculaire de pontage, bifurque, jotec, flownit-bovin
3218550	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, lemaitre, albograft tm
3246724	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, lemaitre, carbograft-bovin
3296030	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, maquet, hemashield-bovin

3238618	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, perouse, polymaille tricote
3242092	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, perouse, polythese
3244197	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, prothia, omniflow ii
3200774	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, vascutek, gelsoft
3275909	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, vascutek, gelseal triaxial
3228413	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, vascutek, gelweave
3250602	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, vascutek, fluoropassiv
3275364	Implant vasculaire de pontage, bi ou multifurque, vascutek, gelsoft plus
3208327	Implant vasc pontage, bi ou multifurque, vascutek, sealptfe/taperflo

Au titre III, chapitre 2, section 2, sous-section 2 : « Obturateurs à ciment centro-médullaire », sont supprimés les rubriques « Société BIOLAND » et « Société BIOTECNIC » et les produits suivants :

3246919	Implant orthopédique, obturateur, BIOLAND, OBTURATEUR
3239517	Implant orthopédique, obturateur, BIOLAND, OBTURATEUR
3210471	Implant orthopédique, obturateur, BIOLAND, IMSET PLUG
3206305	Implant orthopédique, obturateur, BIOTECNIC, BIO D

TARIFS

des Abonnements de l'Imprimerie officielle à compter du 1er Mars 2010

TARIF en F CFP	TTC	Hors Taxe
	Polynésie française	France – DOM-TOM – Autres Pays
		Voie aérienne
Numéro	263*	515
Abonnement 1 an	13 533	26 604
* Frais d'expédition non inclus pour les îles.		

Réception des annonces pour publication
au *Journal officiel* de la Polynésie française pour **2015**

Date du JOPF	Date limite de réception des dossiers
MARDI	**JEUDI à 11 h** *de la semaine précédente*
VENDREDI	**MARDI à 11 h** *de la semaine en cours*

(*) *SAUF jours fériés*

FERIES 2015	DATE LIMITE de réception des dossiers (1)	Publication au JOPF	
		N°	Date
Mercredi 11 novembre (Armistice 1918)	Lundi 9 novembre à 11 h	91	Vendredi 13 novembre
Vendredi 25 décembre (Noël)	Lundi 21 décembre à 11 h	103	Vendredi 25 décembre
	Mercredi 23 décembre à 11 h	104	Mardi 29 décembre
Vendredi 1er janvier 2016 (Nouvel An)	Lundi 28 décembre à 11 h	1	Vendredi 1er janvier 2016

(1) *Calendrier susceptible d'être modifié en cours d'année.*