

Liste

1. Dispositions générales

1.1. Les prestations reprises sous le point 2. Prestations et Modalités de remboursement ne sont remboursées que si elles sont prescrites par un médecin spécialiste et si elles répondent aux dispositions spécifiques de ces prestations.

1.2. Si dans une condition de remboursement (1. Critères concernant l'établissement hospitalier), il est fait référence aux années 2020, 2021 ou 2022, le nombre de prestations pour chacune de ces années sera remplacé par le nombre de prestations pour l'année 2019 (correspondant à l'année qui précède l'année où l'arrêté royal n°21 du 14 mai 2020, portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19, est entré en vigueur) pour autant que le nombre de prestations pour l'année 2019 soit supérieur à celui des prestations pour l'année à laquelle il est fait référence.

1.3. Les dispositifs repris au point « 2. Prestations et modalités de remboursement » peuvent bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire après avoir subi une légère modification telle que définie à l'article 1er, 51° de l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, et après que ces dispositifs aient suivi avec succès la procédure prévue à cet effet telle que décrite à l'article 145, § 2 jusqu'à l'article 152 du même arrêté.

1.4. Le terme « matériel implantable » dans un libellé d'une prestation en catégorie II (Dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme) de la Liste fait référence à un dispositif médical implantable tel que défini par le règlement (UE) 2017/745 (MDR) utilisé lors d'une procédure de viscérosynthèse ou endoscopique et servant à faire une ligature ou une suture (y compris les renforts de suture), à l'exception des dispositifs médicaux qui font l'objet d'une intervention de l'assurance via une autre prestation spécifique de la Liste.

2. Prestations et Modalités de remboursement

D. Urologie et néphrologie

D.1 Rein

D.1.1 Néphrectomie

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

154335 - 154346

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261634 - 261645 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement

849,37 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

25,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

212,34 €

Montant du remboursement

637,03 €

Conditions de remboursement :

D-§07

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

154350 - 154361

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261671 - 261682 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement

562,84 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

25,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

140,71 €

Montant du remboursement

422,13 €

Conditions de remboursement :

D-§07

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

154372 - 154383

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261693-261704 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	849,37 €	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	212,34 €
			<i>Montant du remboursement</i>	637,03 €

Conditions de remboursement : D-§07

D.1.2 Ablation

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/04/2024

NOUVEAU

185216 - 185220

Dispositif invasif d'ablation, par pièce, y compris tous les accessoires, pour la cryoablation percutanée des tumeurs rénales T1a

Catégorie de remboursement :

II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	1.250,00 €	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	0,00 €
			<i>Montant du remboursement</i>	1.250,00 €

Conditions de remboursement : D-§10

D.1.3 Autres

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

154394 - 154405

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260072-260083 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	229,23 €	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	57,30 €
			<i>Montant du remboursement</i>	171,93 €

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

154416 - 154420

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260094 - 260105 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	170,90 €	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	42,72 €
			<i>Montant du remboursement</i>	128,18 €

Conditions de remboursement : D-§07

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

154431 - 154442

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261715-261726 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement

230,25 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

25,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

57,56 €

Montant du remboursement

172,69 €

Conditions de remboursement :

D-§07

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

154453 - 154464

Ensemble du matériel utilisé pour la confection d'une néphrostomie percutanée utilisé lors de la prestation 261811-261822 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement

184,20 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

25,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

46,05 €

Montant du remboursement

138,15 €

Conditions de remboursement :

D-§01

Conditions de remboursement

D-§01

Prestations liées

154453

154464

154512

154523

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors du traitement percutané de calculs rénaux et d'obstruction urétérale ou utilisés lors de la confection d'une néphrostomie percutanée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

La prestation 154512-154523 ne peut pas être cumulée avec la prestation 154453-154464.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

Prestations liées

154335	154346
154350	154361
154372	154383
154394	154405
154416	154420
154431	154442
154475	154486
154490	154501
154534	154545
154556	154560
154571	154582
154593	154604
154615	154626
154630	154641
154696	154700
154711	154722
154733	154744
154755	154766
154770	154781
154851	154862
154954	154965
155190	155201

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs invasifs d'ablation y compris tous les accessoires pour la cryoablation percutanée des tumeurs rénales T1a, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 185216-185220 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Le bénéficiaire souffre d'une ou plusieurs tumeurs rénales T1a

ET

- Le bénéficiaire n'est pas éligible pour une néphrectomie partielle

ET

- L'indication et la pertinence d'un traitement par cryoablation percutanée versus une surveillance active ou d'autres alternatives ont été discutées et évaluées, préalablement à l'intervention, à la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) à laquelle le radiologue interventionnel doit être présent.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Pas d'application.

8. Divers

Pas d'application.

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.5 Intervention sur le foie, le pancréas ou la vésicule biliaire

E.5.5 Ablation

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

157231 - 157242

Utilisation des cathéters à radiofréquence lors de l'ablation endoscopique de tumeurs du foie

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	866,77 €	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	216,69 €
			<i>Montant du remboursement</i>	650,08 €

Date dernière modification : 1/04/2024

Date première publication :
1/04/2024

NOUVEAU

185231 - 185242

Dispositif invasif d'ablation, par intervention, y compris tous les accessoires, pour l'ablation par radiofréquence de tumeurs pancréatiques neuroendocrines non métastasées inférieures ou égales à 20 mm, sous guidage écho-endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	2.413,95 €	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	0,00 €
			<i>Montant du remboursement</i>	2.413,95 €

Conditions de remboursement : E-§14

Conditions de remboursement

E-§14

Prestations liées

185231

185242

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au dispositif invasif d'ablation pour l'ablation par radiofréquence de tumeurs pancréatiques, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 185231-185242 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui a conclu la convention entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI et les établissements de soins agréés pour le remboursement de la chirurgie complexe du pancréas pour des affections bénignes, pré-malignes ou malignes du pancréas et/ou de la région péri-ampullaire.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 185231-185242 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Critères d'inclusion :

– - Le bénéficiaire présente une tumeur neuroendocrine pancréatique (PNET) non métastasée inférieure ou égale à 20 mm

ET

– - Grade tumoral G1 ou G2 avec un indice tumoral Ki67 \leq 5%, selon la classification OMS pour les PNETs

ET

– - L'indication et la pertinence d'un traitement d'ablation par radiofréquence ont été discutées et évaluées, préalablement à l'intervention, en consultation oncologique multidisciplinaire (COM).

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Pas d'application.

8. Divers

Pas d'application.