

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

B. Neurochirurgie

B.6 Cranioplastie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

152751 - 152762

Prothèse d'os du crâne sur mesure pour le remplacement d'un volet crânien suite à un accident, une tumeur, une infection, ou toute autre cause responsable d'un manque osseux, ou pour la reconstruction du crâne dans le cadre de maladies congénitales entraînant des déformations ou des cranio-synostoses

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement 5.943,00 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 5.943,00 €

Conditions de remboursement : B-§06

Conditions de remboursement

B-§06

Prestations liées

152751

152762

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses d'os du crâne sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- la surface osseuse à combler au moyen de l'implant est supérieure à 35cm²

ou

- le plus grand diamètre du manque osseux à combler est supérieur ou égal à 10cm. Ce plus grand diamètre peut être réduit à 5cm si le manque osseux à combler est situé au niveau du visage, ou si le bénéficiaire n'a pas terminé sa croissance.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

3.1. Définition

La prestation couvre l'ensemble du processus de fabrication de l'implant (scan, ...) ainsi que l'ensemble des accessoires y compris les accessoires de fixation (plaques, vis, ciment, colle ...).

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord par le médecin-conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin spécialiste implanteur (accompagné de tout protocole d'examen médico-technique utile pour démontrer la surface à combler). Ce rapport permet au médecin conseil de juger si la demande répond aux indications reprises dans ce paragraphe, y compris en ce qui concerne la surface osseuse.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1 doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement B-§06 sont celles mentionnées aux points 4.1. et 4.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application.

C. Oto-rhino-laryngologie

C.1 Intervention sur l'oreille

C.1.1 Implant cochléaire

C.1.1.1 Implant cochléaire en cas de perte auditive bilatérale sévère

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184273 - 184284

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184295 - 184306

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184310 - 184321

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère, lorsque l'implant cochléaire controlatéral est implanté dans un délai inférieur à quatre ans après l'implant cochléaire dans la première oreille

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184332 - 184343

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère, lorsque l'implant cochléaire controlatéral est implanté dans un délai inférieur à quatre ans après l'implant cochléaire dans la première oreille

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184376 - 184380

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale asymétrique

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184391 - 184402

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire ayant une perte auditive bilatérale asymétrique

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/01/2024

NOUVEAU

184833 - 184844

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère, lorsque l'implant cochléaire controlatéral est implanté dans un délai supérieur ou égal à quatre ans après l'implant cochléaire dans la première oreille

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/01/2024

NOUVEAU

184855 - 184866

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère, lorsque l'implant cochléaire controlatéral est implanté dans un délai supérieur ou égal à quatre ans après l'implant cochléaire dans la première oreille

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

C.1.1.2 Implant cochléaire en cas de perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184413 - 184424

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184435 - 184446

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184450 - 184461

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184472 - 184483

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

C.1.1.3 Implant cochléaire en cas de neuropathie auditive

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184494 - 184505

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une neuropathie auditive

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184516 - 184520

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une neuropathie auditive

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184531 - 184542

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une neuropathie auditive

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184553 - 184564

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une neuropathie auditive

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

C.1.1.4 Remplacements

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

153016 - 153020

Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom. 39102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

5.138,38 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

153031 - 153042

Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom. 39102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

5.138,38 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

153053 - 153064

Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires pour l'oreille controlatérale, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom. 39102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

5.138,38 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

153075 - 153086

Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires pour l'oreille controlatérale, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom. 39102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

5.138,38 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

153090 - 153101

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes (sans processeur de son), en cas de remplacement

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom. 39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

153112 - 153123

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes (sans processeur de son), en cas de remplacement

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom. 39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184575 - 184586

Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom. 39102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond

5.138,38 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184590 - 184601

Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom. 39102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond

5.138,38 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184612 - 184623

Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires pour l'oreille controlatérale, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

5.138,38 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184634 - 184645

Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires pour l'oreille controlatérale, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

5.138,38 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184656 - 184660

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes (sans processeur de son), en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184671 - 184682

Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes (sans processeur de son), en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

C.1.1.5 Processeur de son d'un implant cochléaire

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2023

CHANGE

184354 - 184365

Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

5.138,38 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C.1.1.6 Implant cochléaire en cas de surdité unilatérale

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/01/2024

NOUVEAU

184774 - 184785

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de quatre ans, ayant une surdité unilatérale congénitale

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/01/2024

NOUVEAU

184796 - 184800

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une surdité unilatérale acquise

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/01/2024

NOUVEAU

184811 - 184822

Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire ayant une surdité unilatérale acquise

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

39101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

10.845,46 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

C.3 Intervention sur le larynx/la trachée

C.3.3 Tuteurs et canules

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

153974 -

Filtres échangeur de chaleur et d'humidité (Heat & Moisture exchanger - HME), avec ou sans valve phonatoire, qui se placent sur une canule trachéale ou un tube de laryngectomie, pour patients avec une trachéostomie ou trachéotomie à long terme

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement 235,37 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 235,37 €

Conditions de remboursement : C-§07

Conditions de remboursement

C-§01

Prestations liées

153016	153020
153031	153042
153053	153064
153075	153086
153090	153101
153112	153123
184273	184284
184295	184306
184310	184321
184332	184343
184354	184365
184376	184380
184391	184402
184413	184424
184435	184446
184450	184461
184472	184483
184494	184505
184516	184520
184531	184542
184553	184564
184575	184586
184590	184601
184612	184623
184634	184645
184656	184660
184671	184682
184774	184785
184796	184800
184811	184822
184833	184844
184855	184866

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants cochléaires, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184354-184365, 153016-153020, 153031-

153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 184376-184380, 184391-184402, 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483, 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660, 184671-184682, 184774-184785, 184796-184800, 184811-184822, 184833-184844 et 184855-184866 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

1.1. Pose d'indication

Pour poser l'indication, le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie (médecin ORL) implantateur se base sur les données d'un établissement hospitalier ou d'un centre avec un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein.

1.2. Implantation

L'implantation doit être réalisée dans un établissement hospitalier comprenant un service d'oto-rhino-laryngologie spécialisé en cette matière, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein lié à cet établissement hospitalier et qui effectue l'implantation.

1.3. Le réglage et le suivi

Le réglage et le suivi de l'implant doivent être réalisés dans un établissement hospitalier visé au point 1.2. et/ou un centre spécialisé en oto-rhino-laryngologie disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein.

1.4. Les services mentionnés sous les points 1.1., 1.2. et 1.3. doivent pouvoir garantir une assistance continue.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184354-184365, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 184376-184380, 184391-184402, 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483, 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660, 184671-184682, 184774-184785, 184796-184800, 184811-184822, 184833-184844 et 184855-184866 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation de l'implant cochléaire ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

Compte-tenu de l'affection, de l'âge, du développement du langage en l'état et des résultats attendus de l'implantation, le bénéficiaire est orienté vers un suivi logopédique ou un programme de rééducation multidisciplinaire. Ceci doit être discuté avec le bénéficiaire (ou la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant) avant l'implantation.

Un centre ou un logopède qui peut garantir le suivi ou la rééducation doit être proposé au bénéficiaire.

L'équipe multidisciplinaire de l'établissement hospitalier d'implantation se tient à la disposition du bénéficiaire, en concertation avec le logopède et/ou le centre de rééducation multidisciplinaire, en cas de questions sur la rééducation auditive.

En cas de retard mental, de problèmes psychologiques ou psychiatriques, aussi bien chez les enfants que les adultes, un avis psychologique doit être joint à la demande, dans lequel doivent être spécifiquement évalués le contexte familial ainsi que la possibilité d'un suivi logopédique ou d'un programme de rééducation multidisciplinaire du bénéficiaire.

2.2. Indications

2.2.1. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère; pour la première oreille (prestations 184273-184284+184354-184365 et 184295-184306+184354-184365):

Les examens montrent l'existence d'une perte auditive aux deux oreilles, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

- Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 70 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

- Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 75 dB nHL (normal hearing level) ;

et

- Chez les bénéficiaires à partir de leur sixième anniversaire, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué comme étant inférieur ou égal à 50 %, sans aides auditives ou appareil amplificateur des sons adéquats. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant)).

Au cas où l'audiométrie vocale ne serait pas réalisable chez un bénéficiaire à partir de son sixième anniversaire, par exemple suite à un retard de développement ou à un retard mental (qui ne constituent pas en soi de contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit être expliquée dans le formulaire de demande et être motivée par un rapport psychiatrique ou psychologique circonstancié.

2.2.2. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale asymétrique (prestations 184376-184380+184354-184365 et 184391-184402+184354-184365) :

Les examens montrent l'existence d'une perte auditive à la meilleure oreille, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

a) Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque est supérieur à 30 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

b) Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur à 35 dB nHL (normal hearing level).

Les examens montrent l'existence d'une perte auditive à la plus mauvaise oreille, pour laquelle il est satisfait à toutes les

conditions suivantes :

a) Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 85 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

b) Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 90 dB nHL (normal hearing level) ;

et

c) Il y a une asymétrie entre les deux oreilles d'au moins 15 dB HL pour le seuil mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque pour les fréquences suivantes : 2000 et 4000 Hz ;

et

d) Chez les bénéficiaires à partir de leur sixième anniversaire, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué comme étant inférieur ou égal à 30 %, sans utilisation d'aides auditives ou appareil amplificateur des sons adéquats. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant)).

Au cas où l'audiométrie vocale ne serait pas réalisable chez un bénéficiaire à partir de son sixième anniversaire, par exemple suite à un retard de développement ou à un retard mental (qui ne constituent pas en soi de contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit être expliquée dans le formulaire de demande et motivée par un rapport psychiatrique ou psychologique circonstancié.

Les prestations 184376-184380+184354-184365 et 184391-184402+184354-184365 sont d'application uniquement pour la plus mauvaise oreille.

2.2.3. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère et une ossification bilatérale imminente ; pour la première oreille (prestations 184413-184424+184354-184365 et 184435-184446+184354-184365) :

Les examens montrent l'existence d'une perte auditive aux deux oreilles, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

- Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 70 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

- Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 75 dB nHL (normal hearing level).

et

- Il y a une fibrose ou une ossification imminente.

2.2.4. Pour les bénéficiaires avec une neuropathie auditive; pour la première oreille (prestations 184494-184505+184354-184365 et 184516-184520+184354-184365) :

Les examens réalisés sur les deux oreilles démontrent qu'il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

- Un test BERA (brainstem evoked response audiometry) à 75 dB nHL (normal hearing level) réalisé sur les deux oreilles ne donne aucune réponse ou des réponses mal synchronisées anormales qui ne peuvent pas être expliquées par des lésions dans l'angle ponto-cérébelleux ou une tumeur au niveau du huitième nerf crânien (un neurinome de l'acoustique) ;

et

- Pour les bénéficiaires en âge de réaliser une audiométrie vocale (à partir de leur sixième anniversaire), le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque pour les deux oreilles est en contradiction avec les résultats obtenus lors de l'audiométrie vocale ;

et

- Il y a une activité préservée des cellules ciliées externes de la cochlée au niveau d'au moins une des deux oreilles, basée sur le recueil d'oto-émissions acoustiques et/ou de potentiels microphoniques cochléaires ;

et

- Chez les bénéficiaires sourds pré-linguaux, il y a un déficit dans le développement du langage (mis en évidence lors de l'usage d'un appareil auditif) ;

et

- Chez les bénéficiaires sourds post-linguaux à partir de leur sixième anniversaire, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué comme étant inférieur ou égal à 50 %, sans aides auditives ou appareil amplificateur des sons adéquats. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant)).

Au cas où l'audiométrie vocale ne serait pas réalisable chez un bénéficiaire à partir de son sixième anniversaire, par exemple suite à un retard de développement ou à un retard mental (qui ne constituent pas en soi de contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit être expliquée dans le formulaire de demande et être motivée par un rapport psychiatrique ou psychologique circonstancié.

2.2.5. Pour les bénéficiaires avec une surdité unilatérale congénitale (prestations 184774-184785+184354-184365) :

Les examens montrent la présence d'une surdité unilatérale, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

Pour la bonne oreille

a) Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque est inférieur ou égal à 30 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz;

et

b) Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est inférieur ou égal à 35 dB nHL (normal hearing level).

Pour la mauvaise oreille :

a) Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 85 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

b) Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 90 dB nHL (normal hearing level) ;

et

c) Le bénéficiaire n'est pas atteint d'une surdité unilatérale congénitale qui résulte d'une anomalie du nerf vestibulocochléaire.

Les prestations 184774-184785+184354-184365 sont d'application uniquement pour la mauvaise oreille.

2.2.6. Pour les bénéficiaires avec une surdité unilatérale acquise (prestations 184796-184800+184354-184365 et 184811-184822+184354-184365) :

Les examens montrent la présence d'une surdité unilatérale, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

Pour la bonne oreille :

a) Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque est inférieur ou égal à 30 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz;

et

b) Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est inférieur ou égal à 35 dB nHL (normal hearing level).

Pour la mauvaise oreille :

a) Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 85 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

b) Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 90 dB nHL (normal hearing level) ;

et

c) Chez les bénéficiaires à partir de leur sixième anniversaire, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué comme étant inférieur ou égal à 30 %, sans aides auditives ou appareil amplificateur des sons adéquats dans l'oreille à implanter. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant)).

Au cas où l'audiométrie vocale ne serait pas réalisable chez un bénéficiaire à partir de son sixième anniversaire, par exemple suite à un retard de développement ou à un retard mental (qui ne constituent pas en soi de contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit être expliquée dans le formulaire de demande et être motivée par un rapport psychiatrique ou psychologique circonstancié.

L'implantation doit être réalisée endéans les sept ans après le diagnostic d'une perte auditive d'au moins 85 dB HL pour la mauvaise oreille.

Les prestations 184796-184800+184354-184365 et 184811-184822+184354-184365 sont d'application uniquement pour la mauvaise oreille.

2.2.7. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère, une perte auditive bilatérale sévère avec ossification bilatérale imminente ou avec une neuropathie auditive; pour l'oreille controlatérale (prestations 184310-184321+184354-184365, 184332-184343+184354-184365, 184450-184461+184354-184365, 184472-184483+184354-184365, 184531-184542+184354-184365, 184553-184564+184354-184365, 184833-184844+184354-184365 et 184855-184866+184354-184365) :

Le bénéficiaire a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un premier implant cochléaire et processeur de son et ses accessoires via la prestation 683690-683701, 184273-184284+184354-184365, 184295-184306+184354-

184365, 184376-184380+184354-184365, 184391-184402+184354-184365, 184413-184424+184354-184365, 184435-184446+184354-184365, 184494-184505+184354-184365 ou 184516-184520+184354-184365.

Si le bénéficiaire a déjà reçu un avis positif pour un premier implant cochléaire et processeur de son et ses accessoires pour une perte auditive bilatérale asymétrique décrite sous la prestation 184376-184380+184354-184365 ou 184391-184402+184354-184365 ou pour une surdité unilatérale décrite sous la prestation 184774-184785+184354-184365, 184796-184800+184354-184365 ou 184811-184822+184354-184365, il doit être démontré que l'oreille controlatérale a évolué vers une perte auditive bilatérale sévère, comme décrit sous le point 2.2.1.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184354-184365, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 184376-184380, 184391-184402, 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483, 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660, 184671-184682, 184774-184785, 184796-184800, 184811-184822, 184833-184844 et 184855-184866 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Le 'kit' sous la prestation 184354-184365, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623 et 184634-184645 contient le processeur de son et ses accessoires.

Chaque kit 'behind the ear' (BTE) (contour d'oreille) ou porté sur le corps doit contenir au minimum :

- 1 processeur de son
- 2 aimants adaptés aux besoins du bénéficiaire
- 2 antennes
- 6 câbles
- 1 télécommande ou l'application (si disponible pour le modèle fourni)
- 6 systèmes de fixation dont au minimum 2 crochets auriculaires
- 1 chargeur de batterie
- 2 batteries rechargeables
- 1 option de batterie supplémentaire (rechargeable / non rechargeable)
- 1 boîte de rangement

- 1 kit de séchage
- 1 kit aquatique (si disponible pour le modèle fourni)

Chaque kit 'off the ear' (OTE) (déporté) doit contenir au minimum :

- 1 processeur de son incluant une antenne intégrée et une batterie intégrée
- 2 aimants adaptés aux besoins du bénéficiaire
- 1 télécommande ou l'application (si disponible pour le modèle fourni)
- 4 systèmes de fixation
- 1 chargeur de batterie
- 1 option de batterie supplémentaire (rechargeable / non rechargeable)
- 1 boîte de rangement
- 1 kit de séchage (si compatible tel qu'indiqué dans le mode d'emploi)
- 1 kit aquatique

Par controlatérale, il faut comprendre l'oreille qui a reçu en dernier un premier implant.

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Les dispositifs repris sur les listes nominatives doivent répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Dix ans de garantie totale à 100% pour les parties implantables.
- Trois ans de garantie totale à 100% pour le corps principal du kit (processeur de son aimant et porte-batterie) pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans.

- Cinq ans de garantie totale à 100% pour le corps principal du kit (processeur du son aimant et porte-batterie) pour les bénéficiaires âgés de huit ans ou plus.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par un médecin ORL appartenant à l'équipe qui réalisera ou a réalisé l'implantation.

L'implantation doit être réalisée dans l'établissement hospitalier du médecin ORL qui introduit la demande.

Les résultats finaux personnalisés attendus du suivi logopédique ou du programme de rééducation multidisciplinaire doivent être indiqués dans le formulaire de demande.

4.1.1. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère, pour la première oreille (prestation 184273-184284+184354-184365 et 184295-184306+184354-184365) ou une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente (prestations 184413-184424+184354-184365, 184435-184446+184354-184365, 184450-184461+184354-184365 et 184472-184483+184354-184365) :

Pas d'obligation administrative.

4.1.2. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale asymétrique (prestations 184376-184380+184354-184365 et 184391-184402+184354-184365) :

Les prestations pour l'implantation en cas de perte auditive bilatérale asymétrique (184376-184380+184354-184365 et 184391-184402+184354-184365) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-06, entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur, introduit au plus tard dans un délai de nonante jours après l'implantation.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande, endéans les trente jours suivant la réception de la demande.

4.1.3. Pour les bénéficiaires avec une neuropathie auditive ; pour la première oreille (prestations 184494-184505+184354-184365 et 184516-184520+184354-184365) :

Les prestations pour l'implantation en cas de neuropathie auditive (184494-184505+184354-184365 et 184516-184520+184354-184365) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-03 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur, introduit au plus tard dans un délai de nonante jours après l'implantation.

Le formulaire mentionne les attentes en matière de compréhension de la parole par le bénéficiaire après l'implantation cochléaire, en particulier s'il y a des signes que la neuropathie est de nature post-synaptique.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande, endéans les trente jours suivant la réception de la demande.

4.1.4. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère ; pour l'oreille controlatérale (prestations 184310-184321+184354-184365, 184332-184343+184354-184365, 184833-184844+184354-184365 et 184855-184866+184354-

184365) :

Il n'y a pas d'obligation administrative pour la prestation pour l'oreille controlatérale, en cas de perte auditive bilatérale sévère chez les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans (prestations 184310-184321+184354-184365 et 184332-184343+184354-184365) si l'implantation à la première oreille résulte d'une perte auditive bilatérale sévère et si l'implantation controlatérale a lieu dans un délai inférieur à quatre ans après l'implantation dans la première oreille.

Les prestations pour l'implantation controlatérale, en cas de perte auditive bilatérale sévère chez les bénéficiaires âgés de moins de dix-huit ans ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-10 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur dans les cas suivants :

- a) Lorsque l'implantation à la première oreille résulte d'une perte auditive bilatérale sévère, et si l'implantation controlatérale a lieu dans un délai supérieur ou égal à quatre ans après l'implantation dans la première oreille (prestation 184833-184844+184354-184365 ou 184855-184866+184354-184365). Une motivation pour l'utilisation d'un implant cochléaire controlatéral doit être jointe à la demande.
- b) Lorsque l'implantation à la première oreille résulte d'une perte auditive bilatérale asymétrique ou d'une surdité unilatérale et que la perte auditive a évolué vers une perte auditive bilatérale sévère (prestation 184310-184321+184354-184365, 184332-184343+184354-184365, 184833-184844+184354-184365 ou 184855-184866+184354-184365).

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande, endéans les trente jours suivant la réception de la demande.

4.1.5. Pour les bénéficiaires avec une neuropathie auditive ; pour l'oreille controlatérale (prestations 184531-184542+184354-184365 et 184553-184564+184354-184365) :

Les prestations pour l'implantation controlatérale en cas de neuropathie auditive (184531-184542+184354-184365 et 184553-184564+184354-184365) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-11 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur, introduit au plus tard dans un délai de nonante jours après l'implantation.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande, endéans les trente jours suivant la réception de la demande.

4.1.6. Pour les bénéficiaires avec une surdité unilatérale congénitale ou acquise (prestations 184774-184785+184354-184365, 184796-184800+184354-184365 et 184811-184822+184354-184365) :

Les prestations pour l'implantation en cas de surdité unilatérale (184774-184785+184354-184365, 184796-184800+184354-184365 et 184811-184822+184354-184365) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-16 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur, introduit au plus tard dans un délai de nonante jours après l'implantation.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande, endéans les trente jours suivant la réception de la demande.

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative.

4.3. Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire en cas de remplacement anticipé pour la prestation 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660 ou 184671-184682 pendant la période de garantie décrite au point 3.3., peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant ce remplacement prématuré et après évaluation que le dispositif remplacé ne tombe pas dans les conditions de garantie.

4.4. Dérogation à la procédure

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés sans intervention de l'assurance obligatoire et qui répondaient, avant implantation, à toutes les conditions visées au point 2, un remboursement peut être accordé par le Collège des médecins-directeurs dans les cas suivants :

- a) Par dérogation à la procédure décrite au point 4.2., pour le remplacement de l'implant et/ou du processeur de son ;
- b) Par dérogation à la procédure décrite au point 2.2.7., pour un implant et un processeur de son et ses accessoires pour l'oreille controlatérale si le bénéficiaire répond aux critères d'indication visés au point 2.

Les documents de la première implantation doivent être fournis par un médecin ORL appartenant à l'équipe qui réalisera l'implantation et/ou le remplacement au Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation/le remplacement, sur base du formulaire C-Form-I-12 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur, introduit au plus tard dans un délai de nonante jours après l'implantation.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande, endéans les trente jours suivant la réception de la demande.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

5.2. Autres règles

5.2.1. Règles pour la procédure d'intervention de l'assurance obligatoire (première implantation et oreille controlatérale) :

L'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées, sauf opposition du Collège des médecins-directeurs dans le délai de trente jours susmentionné et si l'implantation est réalisée endéans les six mois après le délai de trente jours susmentionné.

Un accord expire à la date d'anniversaire du bénéficiaire dans les cas suivants :

- pour la prestation 184774-184785+184354-184365, si le quatrième anniversaire du bénéficiaire tombe dans la période de six mois susmentionnée,

ou

- pour la prestation 184376-184380+184354-184365 ou 184494-184505+184354-184365 ou 184531-184542+184354-184365 ou 184796-184800+184354-184365 ou 184833-184844+184354-184365, si le huitième anniversaire du bénéficiaire tombe dans la période de six mois susmentionnée,

ou

- pour la prestation 184391-184402+184354-184365 ou 184516-184520+184354-184365 ou 184553-184564+184354-184365 ou 184811-184822+184354-184365 ou 184855-184866+184354-184365 si le dix-huitième anniversaire du bénéficiaire tombe dans la période de six mois susmentionnée.

En cas d'accord pour la prestation 184796-184800+184354-184365 ou 184811-184822+184354-184365, si la fin de la période de sept ans telle que décrite sous le point 2.2.6. tombe dans la période de l'accord, alors l'accord expire à la fin de la période décrite sous le point 2.2.6.

5.2.2. Prestation 184273-184284+184354-184365, 184310-184321+184354-184365, 184332-184343+184354-184365, 184413-184424+184354-184365, 184435-184446+184354-184365, 184450-184461+184354-184365, 184472-184483+184354-184365:

L'intervention de l'assurance obligatoire n'est plus due si l'implantation n'a pas encore eu lieu la veille de l'anniversaire du bénéficiaire à l'âge mentionné dans la description de la prestation.

5.2.3. Prestation 153016-153020 ou 153053-153064 (remplacement du processeur de son avant l'âge de huit ans) :

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153016-153020 ou 153053-153064 ne peut être accordée qu'aux bénéficiaires avant l'âge de huit ans et soit :

- minimum trois ans après la prestation 184273-184284+184354-184365, 184310-184321+184354-184365, 153016-153020, 153053-153064, 184376-184380+184354-184365, 184413-184424+184354-184365, 184450-184461+184354-184365, 184494-184505+184354-184365, 184531-184542+184354-184365, 184774-184785+184354-184365, 184796-184800+184354-184365 ou 184833-184844+184354-184365 ;

- minimum trois ans après la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 de la nomenclature.

5.2.4. Prestation 153031-153042 ou 153075-153086 (remplacement du processeur de son à partir du huitième anniversaire) :

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153031-153042 ou 153075-153086 ne peut être accordée qu'aux bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire et soit :

- minimum trois ans après la prestation 184273-184284+184354-184365, 184310-184321+184354-184365, 153016-153020, 153053-153064, 184376-184380+184354-184365, 184413-184424+184354-184365, 184450-184461+184354-184365, 184494-184505+184354-184365, 184531-184542+184354-184365, 184774-184785+184354-184365, 184796-184800+184354-184365 ou 184833-184844+184354-184365 ;

- minimum cinq ans après la prestation 184295-184306+184354-184365, 184332-184343+184354-184365, 153031-153042, 153075-153086, 184391-184402+184354-184365, 184435-184446+184354-184365, 184472-184483+184354-184365, 184516-184520+184354-184365, 184553-184564+184354-184365, 184811-184822+184354-184365 ou 184855-184866+184354-184365 ;
- minimum trois ans après la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 de la nomenclature si la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 a été prestée avant leur huitième anniversaire ;
- minimum cinq ans après la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 de la nomenclature si la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 a été prestée à partir de leur huitième anniversaire.

5.2.5. Prestation 153090-153101 ou 153112-153123 (remplacement des parties implantables):

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153090-153101 ne peut être accordée que dix ans après que la prestation 683690-683701 de la nomenclature ou 184273-184284+184354-184365 ou 184295-184306+184354-184365 ou 153090-153101 ou 184376-184380+184354-184365 ou 184391-184402+184354-184365 ou 184413-184424+184354-184365 ou 184435-184446+184354-184365 ou 184494-184505+184354-184365 ou 184516-184520+184354-184365 ou 184774-184785+184354-184365 ou 184796-184800+184354-184365 ou 184811-184822+184354-184365 n'ait été attestée et ne peut être portée en compte qu'une fois par période de dix ans.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153112-153123 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 184310-184321+184354-184365 ou 184332-184343+184354-184365 ou 153112-153123 ou 184450-184461+184354-184365 ou 184472-184483+184354-184365 ou 184531-184542+184354-184365 ou 184553-184564+184354-184365 ou 184833-184844+184354-184365 ou 184855-184866+184354-184365 ou 691891-691902 ou 685333-685344 de la nomenclature n'ait été attestée et ne peut être portée en compte qu'une fois par période de dix ans.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement C-§01 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 4.1., 4.3. et 4.4. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tel que mentionné à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application.

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filtres échangeur de chaleur et d'humidité (Heat & Moisture exchanger - HME), avec ou sans valve phonatoire, qui se placent sur une canule trachéale ou un tube de laryngectomie, pour les bénéficiaires avec une trachéostomie à long terme, 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

4.1. Première implantation

La prestation 153974 doit être prescrite par un médecin spécialiste en chirurgie générale, stomatologie, oto-rhino-laryngologie ou pédiatrie.

4.2. Remplacement

Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Le médecin-conseil est compétent en matière d'octroi d'un accord pour les cas qui dérogent au quota fixé au point 5.2. moyennant la présentation d'un rapport médical circonstancié, rédigé par un médecin spécialiste appartenant aux catégories citées au point 4.1.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 153974 ne peut être cumulée avec les prestations 153650-153661, 153672-153683, 153694-153705, 153716-153720, 153731-153742, 153753-153764.

5.2. Autres règles

La dotation pour la prestation 153974 est de 90 filtres et ne peut être attestée que cinq fois maximum par année calendrier.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement C-§07 sont celles déterminées au point 4.4. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application.

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1 Coeur

F.1.3 Examen électrophysiologique et ablation percutanée

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

158874 - 158885 Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589492-589503 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement 1.165,49 € Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 1.165,49 €

Conditions de remboursement : F-§04

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

158896 - 158900 Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589514-589525 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement 1.770,40 € Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 1.770,40 €

Conditions de remboursement : F-§04

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

158911 - 158922 Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589536-589540 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement 2.106,57 € Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 2.106,57 €

Conditions de remboursement : F-§04

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

158933 - 158944 Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589551-589562 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement 2.593,77 € Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 2.593,77 €

Conditions de remboursement : F-§04

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

158955 - 158966

Cathéter supplémentaire utilisé pour un système de navigation en 3D remplaçant partiellement la fluoroscopie, lors des prestations 589536-589540 et 589551-589562 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement

699,29 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

699,29 €

Conditions de remboursement :

F-§04

F.1.6 Valve cardiaque

F.1.6.1 Placement d'une valve artificielle

F.1.6.1.1 Valve mécanique

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

159132 - 159143

Valve mécanique à double ailette, implantée en position aortique

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32502

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

2.687,98 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

159154 - 159165

Valve mécanique à double ailette avec greffon, implantée en position aortique

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32503

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

3.053,04 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2021

CHANGE

181775 - 181786

Valve mécanique à double ailette, implantée en position mitrale

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32511

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

2.687,98 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.6.1.2 Valve biologique

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

159176 - 159180

Valve biologique à feuillets d'origine porcine, implantée en position aortique

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32504

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

2.591,98 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

159191 - 159202

Valve biologique à feuillets à base de péricarde animal, implantée en position aortique

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32505

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

2.755,17 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

159213 - 159224

Valve biologique à feuillets d'origine animale sans stent, implantée en position aortique

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32506

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

2.829,59 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

170634 - 170645

Valve placée chirurgicalement par aortotomie en position aortique avec système pour placement rapide, y compris le système de placement et tous les accessoires

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32510

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

3.053,04 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2021

CHANGE

181790 - 181801

Valve biologique à feuillets d'origine porcine, implantée en position mitrale

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32512

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

2.591,98 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2021

CHANGE

181812 - 181823

Valve biologique à feuillets à base de péricarde animal, implantée en position mitrale

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32513

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

2.755,17 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2021

CHANGE

181871 - 181882

Valve biologique à feuillets d'origine animale sans stent, implantée en position pulmonaire

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32516

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

2.829,59 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2023

CHANGE

184214 - 184225

Valve biologique à feuillets à base de péricarde animal avec une calcification réduite avérée des feuillets de la valve, implantée en position aortique

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

38901

Base de remboursement

2.755,17 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

2.755,17 €

Conditions de remboursement :

F-§09

F.1.6.1.3 Biological valved conduits

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

159235 - 159246

Valve biologique avec greffon synthétique (conduit), implantée en position pulmonaire

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32507

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

3.053,04 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

159250 - 159261

Valve biologique avec greffon biologique (conduit), implantée en position aortique

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32508

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

3.033,07 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2021

CHANGE

181834 - 181845

Valve biologique avec greffon biologique (conduit), implantée en position pulmonaire

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32514

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

3.033,07 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

F.1.6.1.4 Système d'annuloplastie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

159272 - 159283

Système d'annuloplastie implanté en position mitrale

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32509

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

1.091,44 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/10/2021

CHANGE

181856 - 181860

Système d'annuloplastie implanté en position tricuspide

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32515

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

1.091,44 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

F.1.6.1.5 Stent valvulaire implantable par voie percutanée

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/08/2016

CHANGE

172955 - 172966

Stent valvulaire percutané implantable avec système de placement placé en position pulmonaire

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

35801

Base de remboursement

15.828,39 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

15.828,39 €

Conditions de remboursement :

F-§24

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/08/2016

CHANGE

172970 - 172981

Ensemble des tuteurs couverts ou non et du matériel pour la préparation du placement d'un stent valvulaire percutané implantable placé en position pulmonaire, à l'exclusion du stent valvulaire percutané implantable avec système de placement

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement 2.559,08 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

Montant du remboursement 2.559,08 €

Conditions de remboursement : F-§24

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/08/2016

CHANGE

172992 - 173003

Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire, à l'exclusion du stent valvulaire percutané implantable avec système de placement

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement 878,47 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

Montant du remboursement 878,47 €

Conditions de remboursement : F-§24

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/08/2016

CHANGE

172734 - 172745

Stent valvulaire percutané implantable en position aortique avec système de placement

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom. 35601

Base de remboursement 9.549,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

Montant du remboursement 9.549,00 €

Conditions de remboursement : F-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/08/2016

CHANGE

172756 - 172760

Stent valvulaire percutané implantable en position aortique avec système de placement, après dépassement du nombre annuel de prestations 172734-172745 accordées

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom. 35602

Base de remboursement 2.971,50 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

Montant du remboursement 2.971,50 €

Conditions de remboursement : F-§09

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/08/2016	CHANGE	
172771 - 172782	Accessoires d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique		
Catégorie de remboursement :	I.D.a		
<i>Base de remboursement</i>	2.269,10 €	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) 0,00 €</i>
			<i>Montant du remboursement 2.269,10 €</i>
Conditions de remboursement :	F-§09		

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/05/2023	CHANGE	
181952 - 181963	Stent valvulaire percutané implantable en position aortique avec système de placement, lorsqu'il n'est pas satisfait aux critères concernant le bénéficiaire pour les prestations 172734-172745 et 172756-172760		
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom. 35603	
<i>Base de remboursement</i>	2.971,50 €	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) 0,00 €</i>
			<i>Montant du remboursement 2.971,50 €</i>
Conditions de remboursement :	F-§09		

F.1.6.1.7 Divers

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/10/2021	CHANGE	
181893 - 181904	Valve artificielle ou système d'annuloplastie pour lequel une dérogation a été obtenue pour une utilisation hors marquage CE		
Catégorie de remboursement :	I.F.a		
<i>Base de remboursement</i>	CMD	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) 0,00 €</i>
			<i>Montant du remboursement CMD</i>
Conditions de remboursement :	F-§09		

F.1.6.2 Dilatation en cas d'une plastie valvulaire endoluminale

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE	
159294 - 159305	Cathéter de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale de la valve aortique lors de la prestation 589190-589201 de la nomenclature, par cathéter de dilatation		
Catégorie de remboursement :	II.D.a		
<i>Base de remboursement</i>	774,50 €	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) 0,00 €</i>
			<i>Montant du remboursement 774,50 €</i>
Conditions de remboursement :	F-§10		

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/01/2024

NOUVEAU

184870 - 184881

Cathéter de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale de la valve pulmonaire lors de la prestation 589190-589201 de la nomenclature, par cathéter de dilatation

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement

774,50 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 774,50 €

Conditions de remboursement :

F-§10

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/01/2024

NOUVEAU

184892 - 184903

Cathéter de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale de la valve tricuspide lors de la prestation 589190-589201 de la nomenclature, par cathéter de dilatation

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement

774,50 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 774,50 €

Conditions de remboursement :

F-§10

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/01/2024

NOUVEAU

184914 - 184925

Cathéter de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale de la valve mitrale lors de la prestation 589190-589201 de la nomenclature, par cathéter de dilatation

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement

3.120,00 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 3.120,00 €

Conditions de remboursement :

F-§10

F.1.7 Assistance cardiaque

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

159331 - 159342

Pièces à usage unique d'une pompe utilisée pour un soutien univentriculaire temporaire de la fonction cardiaque déficiente

Catégorie de remboursement :

II.F.a

Base de remboursement

CMD

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement CMD

Conditions de remboursement :

F-§11

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023

Date première publication :
1/11/2023

181576 - 181580

Ensemble de matériel pour le remplacement anticipé d'assistance ventriculaire en raison d'un problème lié au patient au cours de six premiers mois suivant l'implantation

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

1,00 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 1,00 €

Conditions de remboursement :

F-§25

Conditions de remboursement

F-504

Prestations liées

158874 158885

158896 158900

158911 158922

158933 158944

158955 158966

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble des cathéters et accessoires utilisés pour des examens électrophysiologiques et ablation percutanée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944 et 158955-158966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

L'établissement hospitalier dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme de soins "pathologie cardiaque" E.

Pour la prestation 158933-158944, l'établissement hospitalier dispose également du programme partiel B3 du programme de soins "pathologie cardiaque" B.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première utilisation

Les documents qui démontrent la nature de l'ablation, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922 et 158933-158944 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application

Prestations liées

159132	159143
159154	159165
159176	159180
159191	159202
159213	159224
159235	159246
159250	159261
159272	159283
170634	170645
172734	172745
172756	172760
172771	172782
181775	181786
181790	181801
181812	181823
181834	181845
181856	181860
181871	181882
181893	181904
181952	181963
184214	184225

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à une valve artificielle ou un système d'annuloplastie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier ou une collaboration d'établissements hospitaliers, ci-après dénommée 'la collaboration', qui répond aux critères suivants:

1.1. L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente.

Chaque établissement hospitalier dans la collaboration dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente.

1.2. Dès 2023 (= année de l'entrée en vigueur) jusqu'à 2027, l'établissement hospitalier ou la collaboration doit avoir une expérience dans le domaine du traitement de la pathologie valvulaire, démontrée par une moyenne annuelle de minimum 106 prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745, 172756-172760 ou 181952-181963 comptabilisées, effectuées dans l'établissement hospitalier ou la collaboration, calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2.

Dès 2028, l'établissement hospitalier ou la collaboration doit avoir une expérience dans le domaine du traitement de la pathologie valvulaire, démontrée par une moyenne annuelle de minimum 121 prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745, 172756-172760 ou 181952-181963 comptabilisées dans l'établissement hospitalier ou la collaboration, calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2.

1.3. L'établissement hospitalier dans lequel l'intervention a lieu, dispose d'un échographe 3D et d'un échographe transœsophagien. Une permanence d'au moins un chirurgien cardiaque d'une grande expérience dans la chirurgie valvulaire classique de 24h/24h et de 7j/7j, sur la localisation où l'intervention a lieu, est garantie.

1.4. Un établissement hospitalier ne peut faire partie que d'une seule collaboration.

En se basant sur les compétences et les expertises déjà présentes, la collaboration désigne une localisation dans un des établissements hospitaliers de cette collaboration où la pose d'indication pour l'implantation d'un stent valvulaire percutané en position aortique et l'intervention sont effectuées.

1.5. La concertation multidisciplinaire concernant la pose d'indication et l'intervention pour un bénéficiaire spécifique se déroule au sein de l'établissement hospitalier ou de la localisation définie et visée au point 1.4., par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des six ou, les cas échéant, sept médecins spécialistes suivants qui sont tous attachés à l'établissement hospitalier ou aux établissements hospitaliers composant la collaboration:

– 2 cardiologues interventionnels

ET

– 2 chirurgiens cardiaques

ET

– 1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transœsophagienne

ET

– 1 cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque

ET

– 1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus

1.6. L'établissement hospitalier ou la collaboration peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-05 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers et collaborations qui peuvent attester les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 jusqu'à un mois avant l'entrée en vigueur ou par après jusqu'au 30 septembre de l'année en cours.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et collaborations dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et collaborations; les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date. Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

L'établissement hospitalier ou la collaboration désigne un des membres de son établissement ou de sa collaboration repris dans le formulaire F-form-II-05 comme coordinateur. Le coordinateur est la personne de contact au sein de l'établissement hospitalier ou de la collaboration vis-à-vis des autres parties, plus spécifiquement la Commission, le Service des soins de santé et les organismes assureurs.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier ou la collaboration déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ou la collaboration ne satisfait plus aux critères requis.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ou la collaboration ne satisfait plus aux critères, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement hospitalier ou cette collaboration. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier ou la collaboration et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire F-Form-II-05 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire F-Form-II-05 mis à jour.

1.7. L'établissement ou la collaboration doit enregistrer les données concernant les implantations et les suivis visées sous le point 4.1.1. via le registre en ligne.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ou la collaboration n'a pas transmis ces données de suivi dans le délai prévu, le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier ou la collaboration

Lorsque l'établissement hospitalier ou la collaboration a complété les données faisant défaut, celui-ci en informe le Service des soins de santé.

Si l'établissement hospitalier ou la collaboration échoue à compléter les données faisant défaut ou à envoyer une justification fondée au Service des soins de santé endéans les 30 jours qui suivent la date à laquelle il a été averti par le Service des soins de santé, il est supprimé définitivement de la liste des établissements hospitaliers et collaborations, à moins que la justification fondée ne soit approuvée par la Commission.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 172771-172782 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond simultanément aux critères suivants:

- 1) Une sténose sévère, symptomatique de la valve aortique, comme définie par les directives ESC les plus récentes;
- 2) Risque opératoire élevé ou patient ne pouvant pas entrer en ligne de compte pour une opération, tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte de tous les éléments du dossier médical;
- 3) Faisabilité technique d'une implantation percutanée d'une valve aortique;
- 4) Une estimation de l'espérance de vie après l'implantation du dispositif de douze mois minimum.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 170634-170645 et 181952-181963 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Un système pour placement rapide, tel que mentionné dans la prestation 170634-170645, est défini comme un système nécessitant maximum 3 sutures pour sécuriser la valve.

Les dispositifs visés par la prestation 181893-181904 concernent des dispositifs qui sont repris sur une liste nominative des prestations 159132-159143, 181775-181786, 159154-159165, 159176-159180, 181790-181801, 159191-159202, 181812-181823, 170634-170645, 159213-159224, 181871-181882, 159235-159246, 159250-159261, 181834-181845, 159272-159283 et 181856-181860, et pour lesquels une dérogation pour une utilisation hors marquage CE a été accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

Les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 181952-181963 couvrent la valve, le système de placement et tous les dispositifs nécessaires pour monter la valve sur le système de placement.

Dans le cadre de la prestation 184214-184225, la calcification réduite avérée des feuillets de la valve est définie comme une concentration en calcium statistiquement significativement plus faible, quantifiée par spectrophotométrie, dans des valves implantées dans un modèle ovin juvénile (c'est-à-dire âgé de 3 à 5 mois) par rapport à une autre valve déjà reprise dans la liste nominative de la prestation 159191-159202.

3.2. Critères

3.2.1. Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 181952-181963, le dispositif doit répondre aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA ;
- soit

avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec un suivi de 12 mois minimum qu'il n'est pas moins efficace qu'une intervention chirurgicale,

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum ;

- soit

avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif n'est pas moins efficace qu'un dispositif qui se trouve déjà sur la liste nominative,

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum.

- soit

avoir démontré dans une ou plusieurs études cliniques prospectives à un seul bras avec un suivi de 12 mois minimum et 200 patients au minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles (« best clinical practice »).

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum.

3.2.2. Une valve biologique à feuillets à base de péricarde animal avec une calcification réduite avérée des feuillets de la valve, implantée en position aortique, peut être une seule fois inscrite temporairement (pour une durée de 7 ans) sur la liste nominative de la prestation 184214-184225 si le dispositif répond aux critères suivants :

- Il est démontré dans une étude préclinique randomisée chez des ovins juvéniles (c'est-à-dire âgés de 3 à 5 mois) avec un suivi d'au moins 8 mois et un total d'au moins 30 ovins que la concentration en calcium dans le tissu à partir duquel les feuillets des valves sont fabriqués est statistiquement significativement plus faible par rapport à celui du tissu à partir duquel les feuillets d'une autre valve artificielle, déjà reprise dans la liste nominative de la prestation 159191-159202, sont fabriqués.
- Une ou plusieurs études cliniques prospectives randomisées ou à un seul bras sont en cours au moment du dépôt de la demande d'inscription sur la liste nominative. Ces études doivent être publiées dans un journal peer-reviewed et déjà fournir des données de suivi sur au moins 4 ans chez au moins 500 patients.

La valve artificielle faisant l'objet de la demande d'inscription sur la liste nominative de la prestation 184214-184225 peut être une version légèrement modifiée de la valve artificielle qui sera évaluée dans ces études précliniques et cliniques.

Une valve biologique à feuillets à base de péricarde animal avec une calcification réduite avérée des feuillets de la valve, implantée en position aortique, peut être inscrite sans limitation dans le temps sur la liste nominative de la prestation 184214-184225 si le dispositif répond aux critères suivants :

- Il est démontré dans une étude préclinique randomisée chez des ovins juvéniles (c'est-à-dire âgés de 3 à 5 mois) avec un suivi d'au moins 8 mois et un total d'au moins 30 ovins que la concentration en calcium dans le tissu à partir duquel les feuillets des valves sont fabriqués est statistiquement significativement plus faible par rapport à celui du tissu à partir duquel les feuillets d'une autre valve artificielle, déjà reprise dans la liste nominative de la prestation 159191-159202, sont fabriqués.
- Il est démontré par une ou plusieurs études cliniques prospectives randomisées ou à un seul bras avec un suivi d'au moins 10 ans que le taux de remplacement valvulaire dû à une calcification valvulaire est plus faible par rapport à celui d'une autre valve artificielle déjà reprise dans la liste nominative de la prestation 159191-159202.

La valve artificielle faisant l'objet de la demande d'inscription sur la liste nominative de la prestation 184214-184225 peut être une version légèrement modifiée de la valve artificielle qui sera évaluée dans ces études précliniques et cliniques.

Dans le cas où l'inscription sans limitation dans le temps sur la liste nominative est précédée d'une inscription temporaire sur la liste nominative, le premier critère d'inscription sans limitation dans le temps sur la liste nominative ne doit pas être rempli.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

4.1.1. Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 159132-159143, 181775-181786, 159154-159165, 159176-159180, 181790-181801, 159191-159202, 181812-181823, 170634-170645, 159213-159224, 181871-181882, 159235-159246, 159250-159261, 181834-181845, 159272-159283, 181856-181860, 184214-184225, 181893-181904, 172734-172745, 172756-172760 et 181952-181963 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-17 ait été complété valablement via l'application en ligne endéans les nonante jours après l'implantation.

Les données de suivi concernant une intervention sur la valve aortique telles que reprises dans le formulaire F-Form-I-18 doivent être complétées valablement via l'application en ligne endéans les nonante jours après l'implantation.

Le mode d'emploi reprenant la manière dont ces données sont enregistrées et validées ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises au Belgian Working Group Interventional Cardiology, à la Belgian Association of Cardio-thoracic Surgeons et à la Commission, sont établies par la Commission et le Service des soins de santé.

La demande d'intervention pour la prestation 181893-181904 est introduite après implantation au Collège des médecins-directeurs.

Cette demande comporte le formulaire F-Form-I-15 et une copie de la dérogation accordée par le Ministre.

La décision du Collège est communiquée immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.1.2. La prestation 172734-172745 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service des soins de santé dans les trente jours après l'implantation via l'application en ligne. Cette demande est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-08, entièrement complété et introduit

conformément au mode d'emploi. Le numéro d'ordre est communiqué immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au coordinateur (de la collaboration), qui peuvent à tout moment consulter les numéros d'ordre des bénéficiaires les concernant.

Le mode d'emploi reprenant la manière dont le numéro d'ordre est demandé est établi par la Commission, le Service des soins de santé et le cas échéant par HealthData.

4.1.3. Le bénéficiaire qui entre en ligne de compte pour les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 172771-172782 est sélectionné au préalable par une équipe multidisciplinaire composée comme décrit au point 1.5.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que les caractéristiques cliniques, l'historique du patient pertinent et les comorbidités doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Dès que le nombre annuel de prestations 172734-172745 attribué à un établissement hospitalier ou à une collaboration est dépassé, la prestation 172756-172760 doit être attestée.

Si le bénéficiaire ne répond pas aux critères repris sous le point 2, la prestation 181952-181963 doit être attestée.

4.2. Remplacement

Pas d'application.

4.3. Remplacement anticipé

Pas d'application.

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne sont pas cumulables avec la prestation 159294-159305, 184870-184881, 184892-184903 et 184914-184925.

La prestation 172771-172782 peut être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 172734-172745, 172756-172760 ou 181952-181963.

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hospitalisation quel que soit le nombre de dispositifs médicaux utilisés ou placés.

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne peuvent être attestées qu'une seule fois pour un bénéficiaire dans une période de 12 mois.

5.2. Autres règles

5.2.1. Nombre annuel de remboursements au niveau national

Le nombre de remboursements par l'assurance obligatoire de la prestation 172734-172745 est limité à 1.500 par an.

5.2.2. Nombre annuel de remboursements par établissement hospitalier ou collaboration

Le nombre de remboursements de la prestation 172734-172745 par établissement hospitalier ou par collaboration, mentionné sur la liste telle qu'établie au point 1.6., est déterminé par une répartition proportionnelle entre les établissements hospitaliers et les collaborations, et est calculé sur la base du nombre total de prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745 ou 172756-172760 comptabilisées, selon le mode de calcul suivant :

a) Pour l'année calendrier x, est pris en compte le nombre total de prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745 ou 172756-172760 comptabilisées pour les années x-4 à x-2 pour l'ensemble des établissements hospitaliers et des collaborations sur la liste des établissements hospitaliers et des collaborations. Ce nombre est T dans la formule reprise au point 5.2.2.d).

b) Pour l'année calendrier x, pour chaque établissement hospitalier ou collaboration adhérent, est pris en compte le nombre total de prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745 ou 172756-172760 comptabilisées pour les années x-4 à x-2. Ce nombre est A dans la formule reprise au point 5.2.2.d).

c) Le nombre annuel de remboursements pour la prestation 172734-172745 au niveau national, comme fixé sous le point 5.2.1., est Nt dans la formule reprise au point 5.2.2.d).

d) Le nombre de remboursements pour la prestation 172734-172745 par établissement hospitalier ou collaboration adhérent est calculé selon la formule suivante: $Nt^* A/(T)$

e) Le nombre obtenu est arrondi arithmétiquement au chiffre rond le plus proche.

f) Si le nombre obtenu est inférieur à 25, le nombre de remboursements sera alors réduit à zéro.

5.2.3. Lorsque le Service des soins de santé constate que le nombre d'interventions dans l'établissement hospitalier adhérent ou dans la collaboration adhérente atteint le nombre d'interventions annuel attribué, il en informe les organismes assureurs.

5.2.4. Le nombre annuel des remboursements pour la prestation 172734-172745 par établissement hospitalier ou collaboration sera communiqué avant le 1er décembre.

5.2.5. Mesures transitoires

Pour l'année de l'entrée en vigueur, le nombre d'interventions pour la prestation 172734-172745 sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication de cette condition de remboursement.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Le « Belgian Working Group on Interventional Cardiology » et la « Belgian Association for Cardio-Thoracic Surgery » feront une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission tous les 2 ans. La nature du rapport est déterminée par la Commission.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement F-§09 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 1.6., 4.1.1. et 4.1.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1°, 2°, 3° et 4° de la loi.

Le traitement des données personnelles est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 1°, 2°, 3° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35septies/12, 1° et 2° de la loi ont accès aux données à caractère personnel pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application.

159294	159305
--------	--------

184870	184881
--------	--------

184892	184903
--------	--------

184914	184925
--------	--------

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au(x) cathéter(s) de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale, il doit être satisfait à la condition suivante :

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

Les prestations 159294-159305, 184870-184881, 184892-184903 et 184914-184925 ne sont pas cumulables avec les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 172771-172782, 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003.

5.2 Autres règles

Pas d'application.

5.3 Dérogation aux règles d'attestation

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 pièces disponibles de pompes utilisées pour soutenir la fonction cardiaque déficiente il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 159331-159342 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

en cas de choc cardiogénique isolé aigu, résistant à une thérapie conservatrice maximale et/ou après cardiectomie avec impossibilité de déconnecter le bénéficiaire d'une pompe de circulation extracorporelle.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 159331-159342 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite par le médecin spécialiste implanteur accompagnée d'un rapport médical circonstancié précisant la nature, le type, le nombre et le prix (copie de la facture d'achat) du matériel disponible utilisé.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 159331-159342 n'est pas cumulable avec les prestations 159655-159666, 159073-159084 et 159095-159106.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement F-§11 sont celles déterminées aux points 4.1. et 4.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application

172955	172966
--------	--------

172970	172981
--------	--------

172992	173003
--------	--------

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire et accessoires, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour le programme de soins «pathologie cardiaque C» tel que fixé par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond simultanément aux critères suivants:

Une surcharge de pression sévère et/ou de volume du ventricule droit (ventricule sub-pulmonaire) avec malformation cardiaque congénitale due à un dysfonctionnement de la valve pulmonaire avec une des indications suivantes :

- sténose pure avec soit:
 - gradient maximum Doppler > 50 mmHg si la fonction du ventricule droit est normale
 - gradient maximum Doppler > 40 mmHg s'il y a une dysfonction du ventricule droit
 - gradient moyen Doppler > 35 mmHg
- Insuffisance valvulaire pulmonaire de 3 ou 4
- Lésion mixte avec insuffisance valvulaire pulmonaire de 3 ou 4, et une sténose avec soit :
 - gradient maximum Doppler > 50 mmHg si la fonction du ventricule droit est normale
 - maximum Doppler > 40 mmHg s'il y a une dysfonction du ventricule droit

- gradient moyen Doppler > 35 mmHg

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172955-172966 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Pas d'application.

3.2. Critères

3.2.1. Un stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire y compris le système de placement ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA;
- soit avoir démontré dans une étude clinique prospective avec un suivi de 12 mois minimum et 50 patients au minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles (« best clinical practice »);
- soit avoir démontré dans une combinaison d'études cliniques prospectives avec un protocole comparable qui atteignent de manière structurée et contrôlable au moins 50 patients avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles (« best clinical practice »).

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement anticipé

Pas d'application

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172970-172981 et 172992-173003 peuvent être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 172955-172966.

La prestation 172970-172981 n'est pas cumulable avec la prestation 172992-173003.

Durant la même hospitalisation, les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 159294 - 159305, 184870-184881, 184892-184903, 184914-184925 et 159471-159482.

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 peuvent seulement être attestées une seule fois par hospitalisation

5.2. Autres règles

La prestation 172970-172981 couvre tout le matériel de dilatation et le(s) tuteur(s) couvert(s) ou non utilisé(s) dans le cadre de la procédure.

La prestation 172970-172981 ne peut-être attestée que si une dilatation ou un stenting est effectué pendant la procédure pour laquelle la prestation 172955-172966 est attestée

La prestation 172992-173003 couvre tout le matériel utilisé dans le cadre de la prestation

La prestation 172992-173003 ne peut-être attestée que si aucun dilatation ou stenting n'est effectué pendant la procédure pour laquelle la prestation 172955-172966 est attestée

Lorsqu'une pré-dilatation et/ou un pré-stenting a été effectué préalablement à l'intervention pour laquelle la prestation 172955-172966 a été attestée, la prestation 159471-159482 peut alors être attestée

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

La Commission peut, en tout temps, demander à l'Association Belge de Cardiologie Pédiatrique et Congénitale (ABCPC) et le Belgian Working Group on Adult Congenital Heart Disease (BWGACHD) une évaluation avec rapport.

La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

7. Divers

Pas d'application.

Prestations liées

180331	180342
180353	180364
180375	180386
180390	180401
180412	180423
180434	180445
180456	
180471	
181414	181425
181436	181440
181451	181462
181473	181484
181495	181506
181510	181521
181532	181543
181554	181565
181576	181580

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel d'assistance ventriculaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456, 180471, 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181473-181484, 181495-181506, 181510-181521, 181532-181543, 181554-181565 et 181576-181580 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

1.1. Les prestations doivent être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins "pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et pulmonaire)" accordé par l'autorité compétente.

Le suivi (follow-up) des bénéficiaires, y compris le contrôle du fonctionnement de l'appareil, doit se faire dans ces établissements hospitaliers.

1.2. L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-07 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456, 180471, 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181473-181484, 181495-181506, 181510-181521, 181532-181543, 181554-181565 et 181576-181580 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

L'établissement hospitalier désigne un de ses membres repris dans le formulaire F-Form-II-07 comme personne de contact.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers ; les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456, 180471, 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181473-181484, 181495-181506, 181510-181521, 181532-181543, 181554-181565 et 181576-181580 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date. Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement hospitalier. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire F-Form-II-07 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire F-Form-II-07 mis à jour.

1.3. L'établissement hospitalier transmet annuellement avant le 1er février [3 mois après l'entrée en vigueur] les données concernant les primo-implantations, les remplacements et les suivis de l'année précédente visées sous le point 4 au registre en ligne.

Lorsque le Service constate que l'établissement hospitalier n'a pas transmis ces données dans le délai prévu, le remboursement du dispositif est suspendu temporairement pour cet établissement hospitalier. Le Service en informe l'établissement hospitalier.

Lorsque l'établissement hospitalier a complété les données faisant défaut, celui-ci en informe le Service. La suspension de l'intervention est levée lorsque les données sont correctement complétées.

Si l'établissement hospitalier échoue à compléter les données faisant défaut endéans le mois après qu'il ait été averti par le Service, il est supprimé définitivement de la liste des établissements hospitaliers.

2. Critères concernant le bénéficiaire

2.1. Bridge to transplant (BTT):

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- bénéficiaire avec une insuffisance cardiaque aigüe ou chronique dont la vie est menacée, malgré toutes les options thérapeutiques possibles, et qui entre en ligne de compte pour une transplantation cardiaque pour autant que son état et les chances de succès de l'intervention justifient l'utilisation d'un dispositif d'assistance ventriculaire pour franchir la période d'attente entre l'indication et la disponibilité d'un cœur approprié à transplanter

ET

- le bénéficiaire répond aux critères pour une transplantation et se trouve sur la liste d'attente d'Eurotransplant pour une transplantation cardiaque au moment de l'implantation.

2.2. Bridge to decision (BTD):

Les prestations 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181495-181506, 181510-181521 et 181532-181543 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- bénéficiaire avec une situation aigüe d'insuffisance cardiaque isolée réfractaire et une instabilité hémodynamique qui, malgré toutes les options thérapeutiques possibles, le met en danger de mort.

ET

- le bénéficiaire présente au moment du placement du dispositif une contre-indication relative et provisoire pour une transplantation cardiaque et ne peut pas à ce moment-là être repris comme receveur actif sur la liste d'attente pour une transplantation cardiaque. On considère cependant que l'assistance mécanique résoudra ou améliorera la/les contre-indication(s) et que le bénéficiaire sera finalement transplantable.

ET

- le bénéficiaire a moins de 68 ans.

2.3 Destination therapy (DT)

Les prestations 181473-181484 et 181554-181565 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- bénéficiaire avec une insuffisance cardiaque aigüe ou chronique qui n'entrera jamais en ligne de compte pour une transplantation cardiaque et qui, malgré toutes les options thérapeutiques possibles, le met en danger de mort.

ET

- l'espérance de vie estimée est au moins de deux ans.

ET

- le bénéficiaire se trouve dans la catégorie INTERMACS 3 ou 4.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 181414

-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181473-181484, 181495-181506, 181510-181521, 181532-181543 et 181554-181565 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Pas d'application

3.2. Critères

3.2.1. Le matériel d'assistance uni- ou biventriculaire de type paracorporel ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

Il a été démontré dans une série d'au moins quarante bénéficiaires que le taux de survie après cent-quatre-vingts jours et/ou jusque transplantation est au moins de 78%.

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

3.2.2. Le matériel d'assistance ventriculaire de type implantable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

Il a été démontré dans une série d'au moins quarante bénéficiaires que le taux de survie après cent-quatre-vingts jours et/ou jusque transplantation est au moins de 87%

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181473-181484, 181495-181506, 181510-181521, 181532-181543 et 181554-181565, une garantie doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de vingt-quatre mois.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 Première implantation

4.1.1. Pour chaque bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462 et 181473-181484 les données de l'année précédente visées dans le formulaire d'enregistrement F-Form-I-11 sont transmises annuellement avant le 1er février [Même date que sous point 1.3] dans le registre en ligne.

Le mode d'emploi reprenant la manière dont ces données sont enregistrées et validées ainsi selon laquelle ces données sont transmises au BACTS et à la Commission sont établies par la Commission et le Service.

Pour les bénéficiaires qui ont reçu un dispositif pour l'indication BTB, le médecin-spécialiste implanteur fournit, à la demande du Collège des médecins-directeurs, une mise à jour du statut de transplantabilité sur la base du formulaire d'inscription d'Eurotransplant.

4.1.2. Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 181414-181425, 181436-181440 et 181451-181462 pour les 60 premiers dispositifs de l'année civile concernée ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service des soins de santé dans les trente jours après l'implantation via l'application en ligne. Cette demande est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-12, entièrement complété et introduit comme décrit dans le mode d'emploi. Le numéro d'ordre est communiqué immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et à la personne de contact de l'établissement hospitalier, qui peuvent à tout moment consulter les numéros d'ordre des bénéficiaires les concernant.

Le mode d'emploi reprenant la manière dont le numéro de d'ordre est demandé est établi par la Commission et le Service des soins de santé.

Le Service des Soins de Santé tient un compteur par année civile et informe les médecins-spécialistes implanteurs, les pharmaciens hospitaliers et les organismes assureurs qui ont accès à l'application en ligne susmentionnée, quand, pour les indications BTB et BTB (180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181495-181506, 181510-181521 et 181532-181543), les nombres de cinquante-cinq et soixante dispositifs sont atteints.

4.1.3. Si le nombre de prestations pour les indications BTB et BTB (180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181495-181506, 181510-181521 et 181532-181543) atteint le nombre de soixante pendant l'année civile, ces prestations ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la reste de l'année civile qu'après l'accord du Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise dans les trente jours après l'implantation, par le médecin-implanteur au Collège des médecins-directeurs sur la base du formulaire F-Form-I-13.

La décision du Collège est communiquée dans les deux mois qui suivent la date de réception du dossier au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.1.4. La prestation 181473-181484 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs.

Le médecin spécialiste implanteur consulte une commission peer review pour chaque bénéficiaire, préalablement à l'implantation. Celle-ci est composée de deux membres de l'équipe de transplantation par établissement hospitalier repris sur la liste des établissements hospitaliers visée sous le point 1.

Un accord écrit d'au moins la moitié des établissements hospitaliers représentés dans la commission peer review (à l'exception du centre implanteur exclu) est considéré comme un avis positif pour l'implantation.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise dans les trente jours après l'implantation, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs sur la base du formulaire F-Form-I-19 reprenant entre autres les documents concernant la commission peer review.

La décision du Collège est communiquée dans les deux mois qui suivent la date de réception du dossier au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

4.2.1. En cas de remplacement, quelle que soit l'indication, la procédure décrite au point 4.1.1 doit être appliquée.

4.2.2. En cas de remplacement pour les indications BTT et BTD (180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 181495-181506, 181510-181521 et 181532-181543), la procédure décrite au point 4.1.2 et 4.1.3 doit être appliquée.

4.2.3. En cas de remplacement du matériel d'assistance ventriculaire n'ayant pas fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement doivent être conservés dans le dossier patient informatisé.

4.3 Remplacement anticipé

En cas de remplacement anticipé (181576-181580), la procédure décrite au point 4.1.1 doit être appliquée.

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

5.2. Autres règles

5.2.1 Nombre de dispositifs

Le nombre de primo-implantations qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 181473-181484 dans l'indication DT est limité à quinze par an.

Le nombre d'interventions pour la prestation 181473-181484 pour l'indication DT sera attribué au pro rata, sur la base de la date d'entrée en vigueur.

5.2.2. Les prestations ambulatoires

Le montant de l'intervention pour les prestations 180456 et 180471 couvre l'entretien et l'utilisation de tous les accessoires.

Les prestations 180456 et 180471 peuvent être attestées au maximum une fois par mois civil.

La prestation 180456 peut être attestée pendant les douze premiers mois de l'assistance, pour lesquels la période de douze mois sera comptée dès le premier jour après la sortie de l'établissement hospitalier après l'hospitalisation durant laquelle le bénéficiaire a été implanté avec le matériel visé par les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181473-181484, 181495-181506, 181510-181521, 181532-181543 et 181554-181565.

La prestation 180471 peut être attestée quand la période de douze mois qui s'applique pour la prestation 180456 est révolue.

5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Tous les deux ans, la BACTS rédige un rapport.

Ce rapport comprend au minimum les éléments suivants :

- Le nombre d'implantations (total et par centre)
- Le type de cardiopathie
- Les données démographiques du patient (âge, sexe)
- Le matériel utilisé
- Le résultat : sevrage, transplantation ou décès
- Durée d'hospitalisation après implantation
- Durée totale de l'assistance jusqu'au sevrage, à la transplantation ou au décès.

Ce rapport concerne tous les bénéficiaires implantés avec le matériel pour l'assistance ventriculaire dès la date d'entrée en vigueur du remboursement.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement F-§25 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 1.2., 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3 et 4.1.4 et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1°, 2°, 3° et 4° de la loi.

Le traitement des données personnelles est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 1°, 2°, 3° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35septies/12, 1° et 2° de la loi ont accès aux données à caractère personnel pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

A la demande de la Commission ou de la BACTS, une réunion peut être organisée à tout moment.

Si, sur base du rapportage du nombre de dispositifs, il s'avère que le nombre des dispositifs implantés pour les indications BTT et BTD (180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 181414-181425, 181436-181440, 181451-181462, 181495-181506, 181510-181521 et 181532-181543) pendant douze mois pourrait être supérieur à septante-cinq, une réunion doit être organisée avec la Commission, les centres planteurs et la BACTS.

H. Gynécologie

H.4 Filets pour la réparation d'un prolapsus

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2017

CHANGE

182070 - 182081

Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, y compris les systèmes de placement et d'ancrage

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

36401

Base de remboursement

445,73 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

445,73 €

Conditions de remboursement :

H-§04

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/01/2020

CHANGE

180751 - 180762

Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, y compris les systèmes de placement et d'ancrage, lorsqu'il n'est pas satisfait aux conditions de la prestation 182070-182081

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

1,00 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1,00 €

Conditions de remboursement :

H-§04

Conditions de remboursement

H-§04

Prestations liées

180751

180762

182070

182081

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation concernant les filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 182070-182081 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier offre aux bénéficiaires les différents traitements possibles : traitement conservateur, chirurgie de réparation utilisant des tissus autologues, chirurgie utilisant des filets par voie abdominale ou vaginale.

La pose d'indication pour les bénéficiaires décrits sous le point 2 b) est faite par une équipe multidisciplinaire composée au minimum d'un urologue, un gynécologue et un kinésithérapeute avec une qualification professionnelle particulière en rééducation abdomino-pelvienne et périnatale.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 182070-182081 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

1. Le bénéficiaire ne subit pas une hystérectomie de façon concomitante

2. a) prolapsus antérieur ou apical après échec d'une chirurgie primaire, le prolapsus résiduel étant de grade 3 ou

de grade 2 avec symptômes fonctionnels

ou

b) prolapsus antérieur ou apical de grade 3, avec risque élevé de récurrences ou non opérable par voie abdominale

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 182070-182081 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Les filets repris sous la prestation 182070-182081 sont des filets composés de polypropylène de type 1 (macroporeux, monofilament) selon la classification de Amid.

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques ou de registres. Les résultats seront publiés dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement.

- pour une inscription temporaire (pour une période maximum de trois ans) :

au minimum une étude de suivi ou un registre sur au minimum 100 patients suivis pendant minimum 12 mois. L'efficacité sera démontrée de façon qualitative (p-QOL, PISQ 12 ou PFDI-20) et quantitative (POP-Q), les complications (dont érosion, dyspareunie, incontinence urinaire de stress, ...) seront décrites. Le taux de succès sera de minimum 85% et le taux d'érosion ne dépassera pas 12%.

- pour une inscription définitive :

Soit fournir au minimum une étude de suivi ou un registre sur au minimum 200 patients suivis pendant minimum 36 mois. L'efficacité sera démontrée de façon qualitative (p-QOL, PISQ 12 ou PFDI-20) et quantitative (POP-Q), les complications (dont érosion, dyspareunie, incontinence urinaire de stress,...) seront décrites. Le taux de succès sera de minimum 85% et le taux d'érosion ne dépassera pas 12%. « Les résultats obtenus ne sont pas inférieurs à ceux obtenus avec une chirurgie réparatrice utilisant les tissus autologues.

Soit être approuvé par la FDA via un "premarket approval" (PMA) (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative)

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2 Autres règles

Les prestations 182070-182081 et 180751-180762 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

J. Chirurgie plastique et reconstructive

J.1 Implants oupanseurs tissulaires

J.1.1 Reconstruction de la glande mammaire

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

162595 - 162606 Implant mammaire oupanseur tissulaire sur mesure
Catégorie de remboursement : I.F.a
Base de remboursement CMD *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%
Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 0,00 €
Montant du remboursement CMD
Conditions de remboursement : J-§01

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

162610 - 162621 Implant mammaire rond oupanseur tissulaire mammaire définitif rond, remplis d'un gel silicone ou d'une solution saline, y compris les accessoires
Catégorie de remboursement : I.B.a
Base de remboursement 376,78 € *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%
Prix maximum 376,78 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €
Montant du remboursement 376,78 €
Conditions de remboursement : J-§02

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

162632 - 162643 Implant mammaire anatomique oupanseur tissulaire mammaire définitif anatomique, remplis d'un gel silicone ou d'une solution saline, y compris les accessoires
Catégorie de remboursement : I.B.a
Base de remboursement 545,33 € *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%
Prix maximum 545,33 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €
Montant du remboursement 545,33 €
Conditions de remboursement : J-§02

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

162654 - 162665 Implant mammaire rond oupanseur tissulaire mammaire définitif rond, remplis d'un gel silicone et d'une solution saline, y compris les accessoires
Catégorie de remboursement : I.B.a
Base de remboursement 674,22 € *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%
Prix maximum 674,22 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €
Montant du remboursement 674,22 €
Conditions de remboursement : J-§02

J. Chirurgie plastique et reconstructive

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

162676 - 162680

Implant mammaire anatomique ou expanseur tissulaire mammaire définitif anatomique, remplis d'un gel silicone et d'une solution saline, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement

976,63 €

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

976,63 €

Marge de sécurité (€) 0,00 €

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 976,63 €

Conditions de remboursement :

J-§02

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

162691 - 162702

Expansur tissulaire temporaire non-anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement

426,35 €

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

426,35 €

Marge de sécurité (€) 0,00 €

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 426,35 €

Conditions de remboursement :

J-§02

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

162713 - 162724

Expansur tissulaire temporaire anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement

581,02 €

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

581,02 €

Marge de sécurité (€) 0,00 €

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 581,02 €

Conditions de remboursement :

J-§02

J.1.2 Non-reconstruction de la glande mammaire

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

162735 - 162746

Expansur tissulaire temporaire pour une reconstruction non mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement

426,35 €

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

426,35 €

Marge de sécurité (€) 0,00 €

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 426,35 €

Conditions de remboursement :

J-§02

Conditions de remboursement

J-§01

Prestations liées

162595

162606

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux implants mammaires ou expanseurs tissulaires sur mesure, 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

4.1. première implantation

La prestation 162595-162606 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalablement à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs, qui fixe le montant de l'intervention sur la base d'une demande motivée.

Avant implantation, cette demande est transmise, par le médecin spécialiste implanteur, au Collège des médecins-directeurs.

Cette demande comporte :

- un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste implanteur justifiant l'utilisation d'un implant sur mesure;
- un devis ou une facture détaillé émanant de la firme qui a fabriqué l'implant.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

4.2. remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. dérogation de la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement J-§01 sont celles déterminées aux points 4.1. et 4.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application.

Prestations liées

162610	162621
162632	162643
162654	162665
162676	162680
162691	162702
162713	162724
162735	162746

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants mammaires et aux expanseurs tissulaires, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant:

- ayant subi l'intervention 251576-251580, 251650-251661, 252593-252604, 252453-252464, 252475-252486, 252512-252523, 252630-252641, 252733-252744, 252755-252766 ou 252770-252781 de la nomenclature

- en cas de dysphorie de genre.

La prestation 162735-162746 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

l'excision de tumeurs de la peau ou de cicatrices ou la reconstruction d'anomalies congénitales ou traumatiques.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

L'accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, pour les prestations 251576-251580 et 251650-251661 de la nomenclature implique un accord du médecin conseil pour les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724.

Dans les autres cas, il n'y a pas d'obligation administrative.

4.2. Remplacement

L'accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, pour la prestation 252630-252641 de la nomenclature implique un accord du médecin conseil pour les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724.

Dans les autres cas, il n'y a pas d'obligation administrative.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

5.2. Autres règles

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724 est autorisée lors des prestations 251576-251580, 251650-251661, 252593-252604, 252453-252464, 252475-252486, 252512-252523, 252630-252641, 252733-252744, 252755-252766 ou 252770-252781 de la nomenclature et en cas de dysphorie de genre.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement J-§02 sont celles déterminées aux points 4.1. et 4.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application.

L. Orthopédie et traumatologie

L.2 Articulations

L.2.2 Membre inférieur

L.2.2.1 Hanche

L.2.2.1.1 Prothèses fémorales

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/06/2018 **CHANGE**

183035 - 183046 Tige d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, placée lors d'une intervention primaire ou d'une révision d'une prothèse de resurfaçage, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	789,68 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	5,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	39,48 €
			Montant du remboursement	750,20 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/06/2018 **CHANGE**

183050 - 183061 Tige d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, placée lors d'une révision d'une prothèse totale de hanche, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	1.371,38 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	0,00 €
			Montant du remboursement	1.371,38 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/06/2018 **CHANGE**

183072 - 183083 Composant fémoral d'une prothèse de resurfaçage, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	930,00 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	5,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	46,50 €
			Montant du remboursement	883,50 €

Conditions de remboursement : L-§31,L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/06/2018 **CHANGE**

183094 - 183105 Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	789,68 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	5,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	39,48 €
			Montant du remboursement	750,20 €

Conditions de remboursement : L-§12,L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.1.2 Tête pour tige de hanche

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183116 - 183120

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, cône/adaptateur inclus – métal pour un couple de frottement autre que métal-métal

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement 185,74 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 5,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 9,28 €

Montant du remboursement 176,46 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183131 - 183142

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus - métal en contact avec une surface en métal, avec un diamètre inférieur à 36 mm

Catégorie de remboursement : I.E.f **Liste Nom.** 36901

Base de remboursement 185,74 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 5,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 9,28 €

Montant du remboursement 176,46 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183153 - 183164

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus – céramique

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement 352,35 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 5,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 17,61 €

Montant du remboursement 334,74 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183175 - 183186

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus - céramique, avec un diamètre supérieur ou égal à 38 mm

Catégorie de remboursement : I.E.f **Liste Nom.** 36902

Base de remboursement 674,02 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 5,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 33,70 €

Montant du remboursement 640,32 €

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183190 - 183201

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus – bipolaire

Catégorie de remboursement :

I.D.f

Base de remboursement

488,28 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

5,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

24,41 €

Montant du remboursement

463,87 €

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.1.3 Partie acétabulaire (cupule)

L.2.2.1.3.1 Cupules non modulaires

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183212 - 183223

Cupule non modulaire en polyéthylène d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.D.f

Base de remboursement

269,16 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

5,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

13,45 €

Montant du remboursement

255,71 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183234 - 183245

Cupule non modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, à utiliser sans ciment - surface de frottement en polyéthylène

Catégorie de remboursement :

I.D.f

Base de remboursement

714,61 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

5,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

35,73 €

Montant du remboursement

678,88 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183256 - 183260

Cupule non modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, à utiliser avec ou sans ciment- surface de frottement en métal

Catégorie de remboursement :

I.D.f

Base de remboursement

714,61 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

5,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

35,73 €

Montant du remboursement

678,88 €

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183271 - 183282

Cupule non modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, à utiliser avec ou sans ciment- surface de frottement en céramique

Catégorie de remboursement : I.D.f

<i>Base de remboursement</i>	852,18 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	5,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	42,60 €
			<i>Montant du remboursement</i>	809,58 €

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.1.3.2 Cupules modulaires

L.2.2.1.3.2.1 Partie interne

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183293 - 183304

Partie interne d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en polyéthylène

Catégorie de remboursement : I.D.f

<i>Base de remboursement</i>	195,76 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	5,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	9,78 €
			<i>Montant du remboursement</i>	185,98 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183315 - 183326

Partie interne d'une cupule modulaire à double mobilité d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en polyéthylène

Catégorie de remboursement : I.E.f **Liste Nom.** 36903

<i>Base de remboursement</i>	436,39 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	5,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	21,81 €
			<i>Montant du remboursement</i>	414,58 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183330 - 183341

Partie interne d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en métal

Catégorie de remboursement : I.D.f

<i>Base de remboursement</i>	195,76 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	5,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	9,78 €
			<i>Montant du remboursement</i>	185,98 €

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183352 - 183363

Partie interne d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en céramique

Catégorie de remboursement :

I.D.f

<i>Base de remboursement</i>	333,33 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	5,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	16,66 €
			<i>Montant du remboursement</i>	316,67 €

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.1.3.2.2 Partie externe

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183374 - 183385

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.D.f

<i>Base de remboursement</i>	518,85 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	5,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	25,94 €
			<i>Montant du remboursement</i>	492,91 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183396 - 183400

Partie externe d'une cupule modulaire à double-mobilité d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.E.f

Liste Nom. 36904

<i>Base de remboursement</i>	570,74 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	5,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	28,53 €
			<i>Montant du remboursement</i>	542,21 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183411 - 183422

Partie externe monobloc d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour reconstruction du cotyle, à fixation iliaque intramédullaire, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom. 36905

<i>Base de remboursement</i>	958,04 €	<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>	958,04 €

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183433 - 183444

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, en métal poreux, pour reconstruction du cotyle, où les défauts osseux peuvent être comblés par des éléments modulaire séparés, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

36906

Base de remboursement

789,68 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

789,68 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183455 - 183466

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour reconstruction du cotyle, avec des éléments fixes pour fixation extra-acétabulaire au moyen de minimum 3 pattes avec 2 points de fixation par patte, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

36907

Base de remboursement

661,52 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

661,52 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L.2.2.1.4 Spacer

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183470 - 183481

Spacer pour prothèse de hanche, en ciment avec antibiotique, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

750,19 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

750,19 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L.2.2.1.6 Accessoires pour prothèses de hanche

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183492 - 183503

Vis ou plot utilisé lors du placement d'une cupule acétabulaire, par pièce - maximum cinq pièces

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

34,03 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

34,03 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183514 - 183525

Vis ou plot utilisé lors du placement d'une cupule acétabulaire de reconstruction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement 34,03 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

Montant du remboursement 34,03 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183536 - 183540

Support acétabulaire pour cupule

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement 220,22 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

Montant du remboursement 220,22 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183551 - 183562

Implant de reconstruction modulaire pour remplissage des défauts osseux cotyloïdiens (cales, renforts, obturateurs ... acétabulaires), y compris toutes les pièces de fixation à la cupule, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement 875,89 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

Montant du remboursement 875,89 €

Conditions de remboursement : L-§13,L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/06/2018

CHANGE

183573 - 183584

Ensemble des vis de verrouillage d'une tige d'une prothèse de hanche

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement 55,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

Montant du remboursement 55,00 €

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2 Genou

L.2.2.2.1 Composants fémoraux

L.2.2.2.1.1 Unicondylaire

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

165874 - 165885	Composant fémoral unicondylaire, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34001	
<i>Base de remboursement</i>	961,76 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	1.154,11 €	<i>Marge de sécurité (€)</i>	192,35 €	<i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
			<i>Montant du remboursement</i>	961,76 €
Conditions de remboursement :	L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

165896 - 165900	Composant fémoral unicondylaire pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34002	
<i>Base de remboursement</i>	1.189,81 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	1.427,77 €	<i>Marge de sécurité (€)</i>	237,96 €	<i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
			<i>Montant du remboursement</i>	1.189,81 €
Conditions de remboursement :	L-§09			

L.2.2.2.1.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

165911 - 165922	Composant fémoral bicondylaire, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34003	
<i>Base de remboursement</i>	1.269,13 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	1.522,95 €	<i>Marge de sécurité (€)</i>	253,82 €	<i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
			<i>Montant du remboursement</i>	1.269,13 €
Conditions de remboursement :	L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

165933 - 165944	Composant fémoral bicondylaire pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34004	
<i>Base de remboursement</i>	1.269,13 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	1.522,95 €	<i>Marge de sécurité (€)</i>	253,82 €	<i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
			<i>Montant du remboursement</i>	1.269,13 €
Conditions de remboursement :	L-§09			

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

165955 - 165966

Composant fémoral bicondyalaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34005

Base de remboursement

1.388,11 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.665,73 €

Marge de sécurité (€)

277,62 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.388,11 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

165970 - 165981

Composant fémoral bicondyalaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34006

Base de remboursement

1.388,11 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.665,73 €

Marge de sécurité (€)

277,62 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.388,11 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/05/2015

CHANGE

171113 - 171124

Composant fémoral bicondyalaire pour révision, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34070

Base de remboursement

1.564,64 €

Marge de sécurité (%)

25,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.955,80 €

Marge de sécurité (€)

391,16 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.564,64 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166036 - 166040

Composant fémoral bicondyalaire pour révision, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34009

Base de remboursement

1.487,26 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.784,71 €

Marge de sécurité (€)

297,45 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.487,26 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.1.3 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166073 - 166084

Composant fémoral d'une prothèse à charnière modulaire, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34011

Base de remboursement

1.968,13 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

2.361,75 €

Marge de sécurité (€)

393,62 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.968,13 €

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.1.4 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166095 - 166106

Composant fémoral d'une prothèse bicompartimentale, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34012

Base de remboursement

1.189,81 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.427,77 €

Marge de sécurité (€)

237,96 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.189,81 €

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.1.5 Implant de surface

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166110 - 166121

Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire (excepté au niveau de la trochlée), pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34013

Base de remboursement

1.536,83 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.844,19 €

Marge de sécurité (€)

307,36 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.536,83 €

Conditions de remboursement : L-§15,L-§09

L.2.2.2.2 Composants tibiaux

L.2.2.2.2.1 Unicondylaire

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166132 - 166143

Composant tibial unicondylaire monobloc en polyéthylène

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34014

Base de remboursement

644,48 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

773,37 €

Marge de sécurité (€)

128,89 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

644,48 €

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166154 - 166165

Composant tibial unicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34015

Base de remboursement

644,48 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

773,37 €

Marge de sécurité (€)

128,89 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

644,48 €

Conditions de remboursement :

L-§08,L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166176 - 166180

Composant tibial unicondylaire monobloc metal-backed, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34016

Base de remboursement

396,61 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

475,93 €

Marge de sécurité (€)

79,32 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

396,61 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166191 - 166202

Composant tibial unicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34017

Base de remboursement

396,61 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

475,93 €

Marge de sécurité (€)

79,32 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

396,61 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166213 - 166224

Embase tibiale unicondylaire pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34018

Base de remboursement

644,48 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

773,37 €

Marge de sécurité (€)

128,89 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

644,48 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166235 - 166246

Embase tibiale unicondylaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34019

Base de remboursement

694,05 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

832,86 €

Marge de sécurité (€)

138,81 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

694,05 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE			
166250 - 166261	Insert unicondylaire en polyéthylène				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34020		
<i>Base de remboursement</i>	297,45 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	356,94 €	<i>Marge de sécurité (€)</i>	59,49 €	<i>Intervention personnelle (€)</i>	0,00 €
				<i>Montant du remboursement</i>	297,45 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE			
166272 - 166283	Insert unicondylaire en polyéthylène highly cross-linked				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34021		
<i>Base de remboursement</i>	297,45 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	356,94 €	<i>Marge de sécurité (€)</i>	59,49 €	<i>Intervention personnelle (€)</i>	0,00 €
				<i>Montant du remboursement</i>	297,45 €
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09				

L.2.2.2.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE			
166294 - 166305	Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34022		
<i>Base de remboursement</i>	322,24 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	386,68 €	<i>Marge de sécurité (€)</i>	64,44 €	<i>Intervention personnelle (€)</i>	0,00 €
				<i>Montant du remboursement</i>	322,24 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE			
166316 - 166320	Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34023		
<i>Base de remboursement</i>	322,24 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	386,68 €	<i>Marge de sécurité (€)</i>	64,44 €	<i>Intervention personnelle (€)</i>	0,00 €
				<i>Montant du remboursement</i>	322,24 €
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE			
166331 - 166342	Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34024		
<i>Base de remboursement</i>	889,38 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	1.067,25 €	<i>Marge de sécurité (€)</i>	177,87 €	<i>Intervention personnelle (€)</i>	0,00 €
				<i>Montant du remboursement</i>	889,38 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166353 - 166364

Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34025

Base de remboursement

1.110,49 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.332,58 €

Marge de sécurité (€)

222,09 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.110,49 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166375 - 166386

Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34026

Base de remboursement

793,20 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

951,84 €

Marge de sécurité (€)

158,64 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

793,20 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166390 - 166401

Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34027

Base de remboursement

793,20 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

951,84 €

Marge de sécurité (€)

158,64 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

793,20 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166412 - 166423

Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34028

Base de remboursement

941,93 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.130,31 €

Marge de sécurité (€)

188,38 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

941,93 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166434 - 166445

Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34029

Base de remboursement

941,93 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.130,31 €

Marge de sécurité (€)

188,38 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

941,93 €

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/05/2015	CHANGE
171135 - 171146	Insert bicondylaire en polyéthylène	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom. 34071
<i>Base de remboursement</i>	401,23 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	481,47 €	<i>Marge de sécurité (€)</i> 80,24 € <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 401,23 €
Conditions de remboursement : L-§09		

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE
166471 - 166482	Insert bicondylaire en polyéthylène highly cross-linked	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom. 34031
<i>Base de remboursement</i>	446,18 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	535,41 €	<i>Marge de sécurité (€)</i> 89,23 € <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 446,18 €
Conditions de remboursement : L-§08,L-§09		

L.2.2.2.2.3 Bicondylaire (pour révision)

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE
166530 - 166541	Embase tibiale bicondylaire pour révision, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom. 34034
<i>Base de remboursement</i>	892,35 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	1.070,82 €	<i>Marge de sécurité (€)</i> 178,47 € <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 892,35 €
Conditions de remboursement : L-§09		

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE
166552 - 166563	Embase tibiale bicondylaire pour révision, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom. 34035
<i>Base de remboursement</i>	991,51 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	1.189,81 €	<i>Marge de sécurité (€)</i> 198,30 € <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 991,51 €
Conditions de remboursement : L-§09		

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/05/2015

CHANGE

171150 - 171161

Insert en polyéthylène bicondyalaire pour révision

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34072

Base de remboursement

530,06 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

636,07 €

Marge de sécurité (€)

106,01 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

530,06 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166596 - 166600

Insert bicondyalaire en polyéthylène highly cross-linked, pour révision

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34037

Base de remboursement

495,76 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

594,91 €

Marge de sécurité (€)

99,15 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

495,76 €

Conditions de remboursement :

L-§08,L-§09

L.2.2.2.2.4 Composant tibial de prothèse à charnière modulaire

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166655 - 166666

Composant tibial d'une prothèse à charnière modulaire monobloc metal-backed, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34040

Base de remboursement

1.363,32 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.635,98 €

Marge de sécurité (€)

272,66 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.363,32 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166670 - 166681

Embase tibiale d'une prothèse à charnière modulaire, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34041

Base de remboursement

1.189,81 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.427,77 €

Marge de sécurité (€)

237,96 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.189,81 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166692 - 166703

Insert en polyéthylène d'une prothèse à charnière modulaire

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34042

Base de remboursement

396,61 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

475,93 €

Marge de sécurité (€)

79,32 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

396,61 €

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE
166714 - 166725	Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse à charnière modulaire	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom. 34043
<i>Base de remboursement</i>	396,61 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	475,93 €	<i>Marge de sécurité (€)</i> 79,32 € <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 396,61 €
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09	

L.2.2.2.5 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE
166736 - 166740	Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom. 34044
<i>Base de remboursement</i>	322,24 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	386,68 €	<i>Marge de sécurité (€)</i> 64,44 € <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 322,24 €
Conditions de remboursement :	L-§09	

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE
166751 - 166762	Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène highly cross-linked	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom. 34045
<i>Base de remboursement</i>	322,24 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	386,68 €	<i>Marge de sécurité (€)</i> 64,44 € <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 322,24 €
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09	

Date dernière modification : 1/01/2024	Date première publication : 1/07/2014	CHANGE
166773 - 166784	Embase tibiale d'une prothèse bicompartimentale, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom. 34046
<i>Base de remboursement</i>	793,20 €	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	951,84 €	<i>Marge de sécurité (€)</i> 158,64 € <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 793,20 €
Conditions de remboursement :	L-§09	

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166795 - 166806

Embase tibiale d'une prothèse bicompartimentale, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34047

Base de remboursement

941,93 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.130,31 €

Marge de sécurité (€)

188,38 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

941,93 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166810 - 166821

Insert en polyéthylène d'une prothèse bicompartimentale

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34048

Base de remboursement

396,61 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

475,93 €

Marge de sécurité (€)

79,32 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

396,61 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166832 - 166843

Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse bicompartimentale

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34049

Base de remboursement

396,61 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

475,93 €

Marge de sécurité (€)

79,32 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

396,61 €

Conditions de remboursement :

L-§08,L-§09

L.2.2.2.3 Spacer

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166854 - 166865

Spacer en ciment imprégné d'antibiotique

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34050

Base de remboursement

713,88 €

Marge de sécurité (%)

10,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

785,26 €

Marge de sécurité (€)

71,38 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

713,88 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.4 Composants fémoro-patellaires

L.2.2.2.4.1 Trochlée

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166876 - 166880

Trochlée pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34051

Base de remboursement

1.006,38 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.207,65 €

Marge de sécurité (€)

201,27 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.006,38 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166891 - 166902

Trochlée pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34052

Base de remboursement

1.330,60 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.596,72 €

Marge de sécurité (€)

266,12 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.330,60 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L.2.2.2.4.2 Rotule

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166913 - 166924

Rotule en polyéthylène

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34053

Base de remboursement

188,38 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

226,05 €

Marge de sécurité (€)

37,67 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

188,38 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166935 - 166946

Rotule en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34054

Base de remboursement

203,26 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

243,91 €

Marge de sécurité (€)

40,65 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

203,26 €

Conditions de remboursement :

L-§08,L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166950 - 166961

Rotule mobile metal-backed, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34055

Base de remboursement

337,12 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

404,54 €

Marge de sécurité (€)

67,42 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

337,12 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166972 - 166983

Rotule fixe metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34056

Base de remboursement

337,12 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

404,54 €

Marge de sécurité (€)

67,42 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

337,12 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166994 - 167005

Rotule mobile metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34057

Base de remboursement

366,86 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

440,23 €

Marge de sécurité (€)

73,37 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

366,86 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L.2.2.2.5 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167016 - 167020

Prothèse totale de genou à charnière, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34058

Base de remboursement

3.024,10 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

3.628,92 €

Marge de sécurité (€)

604,82 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

3.024,10 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167031 - 167042

Charnière pour prothèse modulaire, pour placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34059

Base de remboursement

2.875,36 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

3.450,43 €

Marge de sécurité (€)

575,07 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

2.875,36 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.6 Tiges

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167053 - 167064

Tige tibiale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34060

Base de remboursement

297,45 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

356,94 €

Marge de sécurité (€)

59,49 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

297,45 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167075 - 167086

Tige tibiale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34061

Base de remboursement

347,03 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

416,43 €

Marge de sécurité (€)

69,40 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

347,03 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167090 - 167101

Tige fémorale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34062

Base de remboursement

507,65 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

609,18 €

Marge de sécurité (€)

101,53 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

507,65 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167112 - 167123

Tige fémorale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34063

Base de remboursement

507,65 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

609,18 €

Marge de sécurité (€)

101,53 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

507,65 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167134 - 167145

Tige standard fémorale ou tibiale, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34064

Base de remboursement

297,45 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

356,94 €

Marge de sécurité (€)

59,49 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

297,45 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167156 - 167160

Tige standard fémorale ou tibiale, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34065

Base de remboursement

347,03 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

416,43 €

Marge de sécurité (€)

69,40 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

347,03 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167171 - 167182

Tige offset, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34066

Base de remboursement

555,24 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

666,28 €

Marge de sécurité (€)

111,04 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

555,24 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167193 - 167204

Tige offset, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34067

Base de remboursement

555,24 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

666,28 €

Marge de sécurité (€)

111,04 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

555,24 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167215 - 167226

Tige pour une prothèse à charnière, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34068

Base de remboursement

570,11 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

684,13 €

Marge de sécurité (€)

114,02 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

570,11 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167230 - 167241

Tige pour une prothèse à charnière, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34069

Base de remboursement

694,05 €

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

832,86 €

Marge de sécurité (€)

138,81 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

694,05 €

Conditions de remboursement :

L-§09

L.2.3 Prothèse de remplacement du cortex osseux

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167694 - 167705

Ensemble des éléments composant une prothèse de remplacement du cortex osseux

Catégorie de remboursement :

I.F.a

Base de remboursement

CMD

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

CMD

Conditions de remboursement :

L-§17,L-§09

L.2.4 Prothèses articulaires sur mesure

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167716 - 167720

Prothèse sur mesure à l'exception des cupules de reconstruction et des prothèses temporo-mandibulaires (confectionnée individuellement selon les différentes dimensions)

Catégorie de remboursement :

I.F.a

Base de remboursement

CMD

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

CMD

Conditions de remboursement :

L-§09,L-§18

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/04/2015

CHANGE

170796 - 170800

Partie externe d'une cupule modulaire de reconstruction, sur mesure, à 3 points d'appui (triflanged), sans partie poreuse pour le comblement des défauts osseux

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

35301

Base de remboursement

4.952,50 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

4.952,50 €

Conditions de remboursement :

L-§13,L-§09

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/04/2016

CHANGE

172535 - 172546

Partie externe d'une cupule modulaire de reconstruction, sur mesure, à 3 points d'appui (triflanged), et avec une ou plusieurs parties fixes en métal poreux pour le comblement des défauts osseux

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

35302

Base de remboursement

8.419,25 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

8.419,25 €

Conditions de remboursement :

L-§13,L-§09

L.2.5 Divers

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167731 - 167742

Composant d'une prothèse articulaire, utilisé lors d'une révision

Catégorie de remboursement :

I.F.a

Base de remboursement

CMD

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

CMD

Conditions de remboursement :

L-§09,L-§19

L.3 Traumatologie et ostéosynthèse

L.3.1 Clou

L.3.1.4 Clou centromédullaire pour allongement du membre

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167996 - 168000

Clou centromédullaire dynamique pour allongement du fémur ou tibia

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34213

Base de remboursement

5.552,43 €

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

5.552,43 €

Marge de sécurité (€) 0,00 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

5.552,43 €

Conditions de remboursement :

L-§20

L. Orthopédie et traumatologie

L.5 Fixateurs externes

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

169890 - 169901

Cadre complet d'un fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

34501

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

3.832,93 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

L-§24

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

169912 - 169923

Anneau pour fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

34502

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

879,07 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

L-§24

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

169934 - 169945

Cylindre extensible (strut) pour fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

34503

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

475,44 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

L-§24

Date dernière modification : 1/01/2024

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

169956 - 169960

Accessoires, autre que anneaux et cylindres extensibles, pour fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

34504

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

254,34 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

L-§24

Conditions de remboursement

L-508

Prestations liées

164452 164463

164496 164500

164555 164566

166154 166165

166272 166283

166316 166320

166471 166482

166596 166600

166714 166725

166751 166762

166832 166843

166935 166946

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux composants en polyéthylène highly cross-linked des prothèses d'épaule, des prothèses de hanche et des prothèses de genou, 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

Les prestations 164452-164463, 164496-164500, 164555-164566, 165535-165546, 165572-165583, 165631-165642, 166154-166165, 166272-166283, 166316-166320, 166471-166482, 166596-166600, 166714-166725, 166751-166762, 166832-166843 et 166935-166946 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition

Les dispositifs composés de "polyéthylène highly cross-linked", sont des dispositifs dont le procédé de fabrication correspond à la définition suivante : "rayonnement ionisant du polyéthylène de 5 Mrad/50kGy minimum, suivi d'un procédé visant l'élimination des radicaux libres."

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

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. Divers

Pas d'application

Prestations liées**165874 165885****165896 165900****165911 165922****165933 165944****165955 165966****165970 165981****166036 166040****166073 166084****166095 166106****166110 166121****166132 166143****166154 166165****166176 166180****166191 166202****166213 166224****166235 166246****166250 166261****166272 166283****166294 166305****166316 166320****166331 166342****166353 166364****166375 166386****166390 166401****166412 166423****166434 166445****166471 166482****166530 166541****166552 166563****166596 166600****166655 166666****166670 166681****166692 166703****166714 166725****166736 166740****166751 166762****166773 166784****166795 166806****166810 166821****166832 166843****166854 166865**

166876	166880
166891	166902
166913	166924
166935	166946
166950	166961
166972	166983
166994	167005
167016	167020
167031	167042
167053	167064
167075	167086
167090	167101
167112	167123
167134	167145
167156	167160
167171	167182
167193	167204
167215	167226
167230	167241
167694	167705
167716	167720
167731	167742
170796	170800
171113	171124
171135	171146
171150	171161
172535	172546
183035	183046
183050	183061
183072	183083
183094	183105
183116	183120
183131	183142
183153	183164
183175	183186
183190	183201
183212	183223
183234	183245
183256	183260
183271	183282
183293	183304
183315	183326
183330	183341

183352	183363
183374	183385
183396	183400
183411	183422
183433	183444
183455	183466
183470	183481
183492	183503
183514	183525
183536	183540
183551	183562
183573	183584

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux prothèses articulaires du genou et de la hanche, 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

4.1. Première implantation

L'intervention de l'assurance pour une prothèse articulaire du genou ainsi que pour une prothèse articulaire de la hanche ne peut être accordée qu'après que le formulaire L-Form-I-2 ait été complété par le médecin-spécialiste implanteur via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement, et de validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises au " Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie (BVOT)", à la "Société Royale Belge de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SORBCOT) " et à la Commission, sont établies par la BVOT, la SORBCOT, la Commission et le Service des soins de santé.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

La BVOT/SORBCOT fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement L-§09 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné au point 4.1 et 4.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 2°, 3° et 4° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 1°, 3° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35septies/12, 1° et 2° de la loi ont accès aux données à caractère personnel pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de surface pour la hanche, 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 cumul et de non-cumul**

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 183094-183105 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

170796	170800
--------	--------

172535	172546
--------	--------

183551	183562
--------	--------

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux parties externes d'une cupule sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 170796-170800 et 172535-172546 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au moins à une des trois combinaisons de critères suivantes:

- 1 ET 3 ET 4 ET 5 ET 6
- 2 ET 3 ET 4 ET 5 ET 6
- 7

Après une éventuelle résection tumorale ou le retrait d'un implant, les critères sont :

1. La distance, entre le centre de rotation de la hanche, qui est situé au niveau du centre de la tête fémorale, et la ligne qui relie les deux foramens obturés supérieurs, mesure plus de 3cm.

Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

2. L'implantation d'une cupule standard (c'est-à-dire non confectionnée individuellement) a déjà échoué.

Identifiable sur base du dossier médical du bénéficiaire, ou sur une radiographie en vue antéro-postérieure du pelvis

3. Ostéolyse sévère « tear drop », qui a complètement disparu.

Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

4. Ostéolyse sévère au niveau de la tubérosité ischiatique,

Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

5. Dégradation de la paroi médiale de la cavité, avec une interruption possible de la ligne de Kohler (ligne ilio-ischiatique).

Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

6. Le contour initial de l'acétabulum est endommagé sur plus de la moitié de la circonférence du contour.

7. Discontinuité de l'hémi-bassin.

Identifiable sur un scan CT, ou une radiographie digitale en vue antéro-postérieure si les composants ne perturbent pas l'image.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 170796-170800 et 172535-172546 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

3.1. Définition

Les prestations couvrent l'ensemble du processus de fabrication de l'implant (modèle 3D), y compris tous les accessoires.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 170796-170800 et 172535-172546 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation au médecin-conseil au moyen du formulaire L-Form-I-08 et ce après implantation. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172535-172546 et 183551-183562 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles

Pas d'application.

5.3. dérogation aux règles d'attestation

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 implants de surface pour le genou, 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 cumul et de non-cumul**

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 166110-166121 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

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 la prestation relative aux prothèses de remplacement du cortex osseux, 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

La prestation 167694-167705 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition

Une prothèse de cortex osseux est une prothèse qui remplace le cortex osseux lorsque celui-ci a été retiré de manière circulaire au niveau métaphysaire et/ou diaphysaire, entraînant une interruption de la continuité osseuse.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 167694-167705 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, après implantation, du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base :

- du formulaire de demande L-Form-I-5;
- de radiographies réalisées avant et après l'intervention.

Après implantation, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, dans un délai de nonante jours calendrier, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 167694-167705 couvre l'ensemble des éléments composant la prothèse. Aucune autre prestation de la liste, relative aux prothèses articulaires, ne peut être cumulée avec la prestation 167694-167705.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

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 la prestation relative aux prothèses articulaires sur mesure, 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

La prestation 167716-167720 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition

On entend par "éléments sur mesure" des éléments fabriqués spécifiquement suivant la prescription écrite du médecin spécialiste implanteur indiquant, sous la responsabilité de ce dernier, les caractéristiques de conception spécifiques et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé. Les éléments fabriqués suivant des méthodes de fabrication continue ou en série ne sont pas considérés comme des éléments sur mesure même s'ils nécessitent une adaptation.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 167716-167720 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande motivée.

Après implantation, cette demande est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

Cette demande comporte :

a. un rapport médical circonstancié justifiant l'utilisation d'éléments sur mesure et une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser une prothèse articulaire classique ;

et

b. le formulaire L-Form-I-6, reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier ;

et

c. la déclaration de conformité, établie par le fabricant de la prothèse, stipulant que celle-ci a bien été fabriquée sur mesure;

et

d. une facture détaillée émanant du fabricant de la prothèse.

Avant implantation, le Collège des médecins-directeurs peut émettre un avis sur base d'un devis introduit conjointement avec le rapport médical circonstancié, la motivation et le formulaire L-Form-I-6. Toutefois, le Collège des médecins-directeurs ne peut prendre de décision définitive concernant l'intervention de l'assurance obligatoire qu'après implantation, lorsque la totalité des documents lui aura été fournie.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement L-§18 sont celles déterminées aux points 4.1. et 4.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux composants articulaires des prothèses sans marquage CE, 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

La prestation 167731-167742 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition

Les dispositifs visés par la prestation 167731-167742 concernent des composants qui ne portent pas le marquage CE mais qui ont fait l'objet d'une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 167731-167742 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande motivée.

Après implantation, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 167731-167742 est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

Cette demande comporte :

- un rapport médical circonstancié justifiant l'utilisation des composants ne portant pas le marquage CE;
- la prescription adressée par le médecin au distributeur ;
- une copie de la dérogation accordée par le Ministre;
- une facture du distributeur.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement L-§19 sont celles déterminées aux points 4.1. et 4.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au clou centromédullaire dynamique pour allongement du fémur ou tibia, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 167996-168000 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion:

- traumatisme avec perte osseuse supérieure à 4 cm ;
ou
- différence de longueur des membres congénitale de plus de 3 cm liée à un raccourcissement du fémur ou du tibia
ou
- petite taille suite à un syndrome référencé dans la base de données de l'OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) : achondroplasie, syndrome de Turner, ...

2.2 Critères d'exclusion :

- bénéficiaire en phase de croissance
ou
- déviation multidimensionnelle associée (varus, valgus, flexum,...)
ou
- séquelle d'infection osseuse in situ
ou
- diamètre intramédullaire inférieur à 11 mm pour le tibia et 12,5 mm pour le fémur.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 167996-168000 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs.

Avant l'implantation, la demande d'intervention est transmise par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

La demande doit comporter au minimum les éléments suivants :

- une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser une technique alternative (fixateur externe, compensation, raccourcissement chirurgical, ...) et
- une motivation pour l'utilisation d'un clou centromédullaire dynamique pour allongement des membres

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et endéans les soixante jours au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement L-§20 sont celles déterminées aux points 4.1. et 4.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application

Prestations liées

169890	169901
169912	169923
169934	169945
169956	169960

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux fixateurs externes tridimensionnels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 169890-169901, 169912-169923, 169934-169945 et 169956-169960 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

1. Dysplasie du squelette :

- achondroplasie ou
- pseudoachondroplasie ou
- chondrodysplasie métaphysaire ou
- dysplasie chondroectodermique ou
- maladie des exostoses multiples héréditaire ou
- maladie d'Ollier ou
- dysplasie fibreuse

ou

2. Pathologies osseuses métaboliques :

- diabète phosphaté ou
- rachitisme ou
- mucopolysaccharid

ou

3. Tibia Vara :

- maladie de Blount

ou

4. Déformations congénitales :

- déficit focal au niveau du fémur proximal (PFFD) ou
- hémimélie fibulaire ou
- hémimélie tibiale ou
- arthrogrypose

ou

5. Déformations multiplanaires acquises suite à :

- infection ou
- tumeur ou
- brûlures

ou

6. Déviation axiale multiplanaire suite à un trauma (épiphysiolyse-calvicieux)

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 169890-169901, 169912-169923, 169934-169945 et 169956-169960 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecin-directeurs, après l'implantation, sur base du formulaire L-Form-I-7 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande et qui est transmis, dans un délai de nonante jours calendrier, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser un fixateur externe classique tel que décrit par la prestation 169831-169842;
- une motivation pour l'utilisation d'un fixateur externe tridimensionnel;
- des données quantitatives concernant les déformations multiplanaires et/ou la déviation axiale (dont le nombre de degrés de déviation);
- des imageries confirmant les points repris ci-dessus.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et endéans les trente jours au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement L-§24 sont celles déterminées aux points 4.1. et 4.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 2° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au resurfaçage, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 183072-183083 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :

Le chirurgien implanteur a un haut niveau de compétence, notamment pour optimaliser la position du cotyle.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 183072-183083 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Le bénéficiaire a moins de 55 ans
- La tête fémorale a un diamètre supérieur à 50 mm

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. Divers

Pas d'application.