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

A. Ophtalmologie

A.1 Traitement du canal lacrymal

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150010 - 150021 Clou méatique

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*29,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*29,74 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150032 - 150043 Clou méatique perforé

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*39,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*39,66 €*

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150054 - 150065 Sonde mono- ou bicanaliculaire utilisée pour la réparation du canal lacrymal

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*74,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,37 €*

A.2 Traitement des paupières

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150076 - 150080 Fil permettant la suspension de la paupière pour traitement d'une ptose, par fil

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*118,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*118,98 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150091 - 150102 Prothèse palpébrale en or pour le traitement de la lagophtalmie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*327,19 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*327,19 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150113 - 150124 Implant utilisé pour combler la paupière inférieure en cas de rétraction suite à un traumatisme, une pathologie thyroïdienne, une maladie systémique ou une radiothérapie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*188,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*188,38 €*

A. Ophtalmologie

A.3 Traitement intra-oculaire

A.3.1 Intervention sur cristallin

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150135 - 150146 Lentille intra-oculaire, en polyméthylméthacrylate

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*74,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	*54,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*114,52 €*	*Marge de sécurité (€)*	*40,15 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,37 €*

Conditions de remboursement : *A-§01*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150172 - 150183 Lentille intra-oculaire pliable

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*74,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	*113,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*158,40 €*	*Marge de sécurité (€)*	*84,03 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,37 €*

Conditions de remboursement : *A-§01*

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/07/2014

150194 - 150205 Lentille torique de deux dioptries ou plus

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 30101

Base de remboursement	*198,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*40,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*277,62 €*	*Marge de sécurité (€)*	*79,32 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*198,30 €*

Conditions de remboursement : *A-§02*

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/07/2014

150216 - 150220 Lentille torique de six dioptries ou plus

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 30102

Base de remboursement	*396,61 €*	*Marge de sécurité (%)*	*40,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*555,25 €*	*Marge de sécurité (€)*	*158,64 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*396,61 €*

Conditions de remboursement : *A-§02*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150231 - 150242 Anneau capsulaire implanté, y compris l'éventuel injecteur

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*69,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	*60,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*111,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	*41,64 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*69,40 €*

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150253 - 150264 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246595 - 246606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*107,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*59,09 €*
				Montant du remboursement	*48,36 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150275 - 150286 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246912-246923 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*107,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*59,09 €*
				Montant du remboursement	*48,36 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150290 - 150301 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246610-246621 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*107,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*59,09 €*
				Montant du remboursement	*48,36 €*

A.3.2 Traitement pour glaucome

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150312 - 150323 Implant de drainage favorisant l'évacuation du liquide de la chambre antérieure

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*247,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*495,74 €*	*Marge de sécurité (€)*	*247,87 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*247,87 €*

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150334 - 150345 Probe externe pour traitement transcléral du glaucome réfractaire avec laser

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*286,53 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*286,53 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150356 - 150360 Endoprobe pour traitement par laser d'un glaucome, par voie endoscopique via la pars plana

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*286,53 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*286,53 €*

Date dernière modification : 1/10/2021 Date première publication : 1/10/2021

181974 - 181985 Ensemble des micro-stents de pontage trabéculaire, pour la chirurgie micro-invasive du glaucome, par œil

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 38501

Base de remboursement	*742,13 €*	*Marge de sécurité (%)*	*33,40%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*990,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*247,87 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*742,13 €*

Conditions de remboursement : *A-§05*

A.3.3 Traitement de la rétine/vitrectomie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150371 - 150382 Eponge de silicone pour le traitement du décollement de rétine, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*64,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*64,45 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150393 - 150404 Bande de cerclage pour le traitement du décollement de rétine, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*24,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*24,79 €*

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150415 - 150426 Rail pour bande de cerclage, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*15,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*15,87 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150430 - 150441 Coin radial en silicone pour bande de cerclage, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*24,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*24,79 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150452 - 150463 Clip en tantale pour bande de cerclage, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*24,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*24,79 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150474 - 150485 Huile de silicone ou gaz utilisé lors de la prestation 246654-246665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*94,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*94,20 €*

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150496 - 150500 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246654 - 246665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*281,42 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*70,35 €*
				Montant du remboursement	*211,07 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150511 - 150522 Liquides à haute densité utilisés lors de la prestation 246654-246665 de la nomenclature pour le repositionnement de la rétine

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*72,65 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*18,16 €*
				Montant du remboursement	*54,49 €*

Conditions de remboursement : *A-§03*

A.4 Intervention sur l'orbite

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150533 - 150544 Implant orbitaire utilisé lors d'énucléation ou d'éviscération

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*35,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*35,70 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150555 - 150566 Implant orbitaire dont la structure de la surface permet l'intégration tissulaire, utilisé après énucléation, après implant secondaire ou en cas d'anophtalmie

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*416,44 €*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*624,66 €*	*Marge de sécurité (€)*	*208,22 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*416,44 €*

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150570 - 150581 Implant utilisé pour combler l'orbite lors d'une énophtalmie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*327,19 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*327,19 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150592 - 150603 Conformateur utilisé lors d'énucléation ou d'éviscération

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*30,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*30,70 €*

A.5 Produits visco-élastiques

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150614 - 150625 Produits visco-élastiques à base de dérivé de cellulose

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*16,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*16,37 €*

Conditions de remboursement : *A-§04*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150636 - 150640 Produits visco-élastiques à base d'hyaluronate ou à base de chondroïtine

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*55,78 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*55,78 €*

Conditions de remboursement : *A-§04*

A. Ophtalmologie

A.6 Traitement combiné

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150651 - 150662 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246890-246901 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*107,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*59,09 €*
				Montant du remboursement	*48,36 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150673 - 150684 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246676-246680 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*107,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*59,09 €*
				Montant du remboursement	*48,36 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

150695 - 150706 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246934-246945 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*107,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*59,09 €*
				Montant du remboursement	*48,36 €*

Conditions de remboursement

A-§01

Prestations liées

150135	150146
150172	150183

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 150135-150146 et 150172-150183 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :
il est atteint de cataracte.

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.

A-§02	
Prestations liées	
150194	150205
150216	150220

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 150194-150205 et 150216-150220 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1 pour la prestation 150194-150205 :
cataracte chez un bénéficiaire qui présente un astigmatisme intra-oculaire de deux dioptries ou plus

2.2 pour la prestation 150216-150220 :
cataracte chez un bénéficiaire qui présente un astigmatisme intra-oculaire de six dioptries ou plus

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 150194-150205 et 150216-150220 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
Posséder au moins une preuve clinique de l'efficacité de la lentille torique concernée à réduire à court terme un astigmatisme régulier, effectuée par une équipe de recherche indépendante et non-financée par l'industrie dans laquelle, au minimum, les éléments suivants doivent être présents :
1. Implantation de minimum quinze lentilles
2. Suivi post-opératoire de minimum trois mois
3. Preuve de la stabilité rotative au moyen de, au minimum, une des trois mesures suivantes :
a) Mesure de l'acuité visuelle subjective non-corrigée au moyen d'un optotype : une première mesure entre la première et la sixième semaine et une deuxième mesure entre le troisième et sixième mois après l'implantation.
Critère acceptable : astigmatisme résiduel maximum de 0.5 à 0.75D par rapport à la réfraction cible.
b) Mesure de la rotation de l'axe de la lentille (sens horlogique ou anti-horlogique) à trois mois après implantation.
Critère acceptable : moins de 5° dans chaque sens.
c) Mesure de l'astigmatisme objectif sur une surface cornéenne centrale d'au moins 4 mm de diamètre au moyen d'un abérromètre .
Critère acceptable : astigmatisme de 1D par rapport à la réfraction cible (pas nécessaire dans le cas où a) est respecté).
4. Nombre de repositionnement
5. Nombre d'explantation

De plus, la preuve clinique doit être :
- une publication ou un article accepté pour publication dans un journal international peer-reviewed

ou
- un rapport d'étude détaillé (avec mention des chercheurs participants et/ou des centres, l'époque de l'étude, la description de la population cible, les critères d'inclusion et d'exclusion, les méthodes, les résultats, la discussion, la conclusion et le cas échéant les avantages des chercheurs à la participation à l'étude).

Les résultats doivent concerner la totalité d'un groupe ou sous-groupe de patients inclus dans l'étude. Une description d'un certain nombre de cas n'est pas suffisante.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'application

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

A-§03

Prestations liées

150511	150522

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux liquides à haute densité 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
Les documents desquels il ressort que les liquides à haute densité visés à la prestation 150511-150522 ont été utilisés doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

A-§04
Prestations liées

150614	150625
150636	150640

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux produits visco-élastiques, 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'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 150614-150625 et 150636-150640 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles
Les prestations 150614-150625 et 150636-150640 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à l'occasion des prestations suivantes : 245055 - 245066, 245070 - 245081, 246013 - 246024, 246035 - 246046, 246050 - 246061, 246072 - 246083, 246094 - 246105, 246116 - 246120, 246131 - 246142, 246153 - 246164, 246175 - 246186, 246190 - 246201, 246212 - 246223, 246514 - 246525, 246551 - 246562, 246573 - 246584, 246595 - 246606, 246610 - 246621, 246632 - 246643, 246654 - 246665, 246676 - 246680, 246794 - 246805, 246816 - 246820, 246831 - 246842, 246853 - 246864, 246890 - 246901, 246912 - 246923, 246934 – 246945, 247575 - 247586, 247590 - 247601, 247612 - 247623, 247634 - 247645, 247656 - 247660 et 247553 – 247564, mentionnés à l'article 14, h), de la nomenclature.
La prestation 150614-150625 et 150636-150640 ne peut être attestée qu'une fois par intervention par oeil.

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 micro-stents de pontage trabéculaire pour la chirurgie micro-invasive du glaucome, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

2.1. Indications

La prestation 181974-181985 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1.1. Critères d'inclusion :

Le bénéficiaire doit

- Avoir un glaucome à angle ouvert léger ou modéré réfractaire aux traitements pharmacologiques : la pression intraoculaire est insuffisamment contrôlée et une atteinte progressive du nerf optique et/ou du champ visuel est observée malgré des médicaments anti-glaucomateux topiques et/ou systémiques à la dose maximale tolérée.

La prestation 181974-181985 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif est implanté suivant les indications d'utilisation telles qu'indiquées dans le mode d'emploi.

2.1.2. Critère d'exclusion :

Le bénéficiaire est atteint d'hypertension oculaire.

2.2. Contre-indications

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition

Les implants repris sous la prestation 181974-181985 réduisent la pression intraoculaire en augmentant l'écoulement de l'humeur aqueuse de la chambre antérieure dans le canal de Schlemm à travers le trabéculum et au cours de leur implantation, la cornée et/ou la sclère ne sont pas ou très peu endommagées (incisions sans besoin de sutures). Les implants qui forment une bulle de filtration ("bleb") ne tombent pas sous cette définition.

3.2. Critères

3.2.1. Un micro-stent de pontage trabéculaire pour la chirurgie micro-invasive du glaucome (181974-181985) ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

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. Il s'agit au minimum d'une étude randomisée contrôlée comparative qui porte sur au minimum 300 yeux implantés avec le dispositif avec un suivi pendant minimum 24 mois. Les résultats seront publiés dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement.

3.2.2. Un micro-stent de pontage trabéculaire pour la chirurgie micro-invasive du glaucome (181974-181985) qui est, selon le demandeur, une modification légère (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative et du même fabricant ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si la Commission juge qu'il s'agit d'une version légèrement modifiée sur base des éléments suivants :

Un texte expliquant de façon détaillée et documentée que le dispositif et/ou le système de placement n'a été que légèrement modifié et ne constitue donc pas un nouveau dispositif et une argumentation ou une analyse de risques selon laquelle il n'y a pas d'impact négatif quant à la sécurité ou à l'efficacité du dispositif et/ou du système de placement.

ET

Une information spécifiant dans quelle mesure le dispositif modifié a été admis au remboursement dans d'autres pays européens.

3.2.3. Un micro-stent de pontage trabéculaire pour la chirurgie micro-invasive du glaucome (181974-181985) qui est une

modification (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative et du même fabricant, et qui ne peut pas être considéré comme une modification légère telle que stipulée au point 3.2.2, suit la procédure décrite au point 3.2.1.

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

La prestation 181974-181985 ne peut être attestée qu'une seule fois par oeil, par intervention.

Tous les résultats des examens réalisés pour la pose de l'indication doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

B. Neurochirurgie

B.1 Pompes et accessoires

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

150710 - 150721 Pompe programmable implantable commandée électroniquement, à débit réglable destinée à l'administration intrathécale d'un agent antispasmodique à action centrale pour spasticité rebelle et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.479,89 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

150732 - 150743 Pompe programmable implantable de remplacement commandée électroniquement, à débit réglable, destinée à l'administration intrathécale d'un agent antispasmodique à action centrale pour spasticité rebelle et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.479,89 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

150754 - 150765 Pompe programmable implantable de remplacement commandée électroniquement, à débit réglable, destinée à l'administration intrathécale d'un agent antispasmodique à action centrale pour spasticité rebelle et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.479,89 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

150776 - 150780 Pompe implantable à débit constant destinée à l'administration intrathécale d'un agent antispasmodique à action centrale pour spasticité rebelle et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30301

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.986,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

150791 - 150802 Pompe implantable de remplacement à débit constant, destinée à l'administration intrathécale d'un agent antispasmodique à action centrale pour spasticité rebelle et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30301

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.986,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

150813 - 150824 Pompe implantable de remplacement à débit constant, destinée à l'administration intrathécale d'un agent antispasmodique à action centrale pour spasticité rebelle et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30301

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.986,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

Date dernière modification : 1/12/2019 Date première publication : 1/07/2014

150835 - 150846 Pompe programmable implantable commandée électroniquement, à débit réglable destinée à l'administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.479,89 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10*

Date dernière modification : 1/12/2019 Date première publication : 1/07/2014

150850 - 150861 Pompe programmable implantable de remplacement commandée électroniquement, à débit réglable, destinée à l'administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.479,89 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2019 Date première publication : 1/07/2014

150872 - 150883 Pompe programmable implantable de remplacement commandée électroniquement, à débit réglable, destinée à l'administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.479,89 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10*

Date dernière modification : 1/12/2019 Date première publication : 1/07/2014

150894 - 150905 Pompe implantable à débit constant destinée à l'administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30301

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.986,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10*

Date dernière modification : 1/12/2019 Date première publication : 1/07/2014

150916 - 150920 Pompe implantable de remplacement à débit constant, destinée à l'administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30301

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.986,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10*

Date dernière modification : 1/12/2019 Date première publication : 1/07/2014

150931 - 150942 Pompe implantable de remplacement à débit constant, destinée à l'administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30301

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.986,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

150953 - 150964 Cathéter pour pompe implantable

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30401
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*322,07 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§01*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

150975 - 150986 Programmateur patient pour pompe implantable

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30402
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*716,80 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§01*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

150990 - 151001 Cathéter en cas de test négatif

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30401
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*322,07 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§01*

B.2 Neurostimulateurs et accessoires

B.2.1 Neurostimulateurs et accessoires en cas de douleurs neurogènes

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151012 - 151023 Neurostimulateur non-rechargeable totalement implanté, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30501
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*5.266,74 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§02*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151034 - 151045 Neurostimulateur non-rechargeable totalement implanté, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30502

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *9.169,81 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151056 - 151060 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement totalement implanté, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30501

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *5.266,74 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151071 - 151082 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement totalement implanté, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30501

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *5.266,74 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151093 - 151104 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement totalement implanté, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30502

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *9.169,81 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§02*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151115 - 151126 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement totalement implanté, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30502

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151130 - 151141 Premier neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30601

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151152 - 151163 Neurostimulateur de remplacement rechargeable

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30601

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151174 - 151185 Neurostimulateur de remplacement rechargeable, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30601

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151196 - 151200 Programmateur patient pour neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30602

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*596,60 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151211 - 151222 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30602

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *596,60 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151233 - 151244 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30603

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.485,75 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151255 - 151266 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30603

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.485,75 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151351 - 151362 Electrode implantée à quatre pôles, pour stimulation cérébrale profonde

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30705

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.044,33 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

151432 - 151443 Electrode en cas de stimulation d'essai négative, à quatre pôles, pour stimulation cérébrale profonde

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30705

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.044,33 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2015

171835 - 171846 Ensemble des électrodes et extensions implantées, pour stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2015

171850 - 171861 Ensemble des électrodes et extensions en cas de stimulation d'essai négative, pour stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2015

171872 - 171883 Ensemble des extensions de remplacement implantées, pour stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*169,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*169,38 €*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2015

171894 - 171905 Ensemble des extensions implantées pour stimulation cérébrale profonde, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*169,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*169,38 €*

Conditions de remboursement : *B-§02*

B. Neurochirurgie

B.2.2 Neurostimulateurs et accessoires en cas de maladie de Parkinson ou tremblements essentiels

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151454 - 151465 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson , pour stimulation unilatérale (un canal)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151476 - 151480 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation bilatérale (deux canaux)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151491 - 151502 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de tremblements essentiels, pour stimulation unilatérale (un canal)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30803
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151513 - 151524 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de tremblements essentiels, pour stimulation bilatérale (deux canaux)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30804
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151535 - 151546 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation unilatérale (un canal)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151550 - 151561 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation bilatérale (deux canaux)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151572 - 151583 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, pour stimulation unilatérale (un canal)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30803
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151594 - 151605 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, pour stimulation bilatérale (deux canaux)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30804
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151616 - 151620 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation unilatérale (un canal), en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151631 - 151642 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation bilatérale (deux canaux), en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151653 - 151664 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, pour stimulation unilatérale (un canal), en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30803
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151675 - 151686 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, pour stimulation bilatérale (deux canaux), en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30804
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151690 - 151701 Premier(s) neurostimulateur(s) rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30805
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151712 - 151723 Premier(s) neurostimulateur(s) rechargeable(s) implanté(s) en cas de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30806
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151734 - 151745 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30805
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151756 - 151760 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30806
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151771 - 151782 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30805
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151793 - 151804 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30806

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151815 - 151826 Electrode implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30807

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151830 - 151841 Electrode de remplacement implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30807

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151852 - 151863 Electrode en cas de stimulation d’essai négative en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30807

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151874 - 151885 Extension implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30808

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151896 - 151900 Extension de remplacement implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30808

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151911 - 151922 Programmateur patient pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30809

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*578,22 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151933 - 151944 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30809

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*578,22 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151955 - 151966 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30810

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.485,75 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

151970 - 151981 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30810

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.485,75 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B.2.3 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

151992 - 152003 Ensemble des électrodes d'essai, y compris les canules d'insertion, pour le repérage des cibles en peropératoire, lors de l'implantation d'un neurostimulateur de stimulation cérébrale profonde

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement *1.197,31 €* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

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

Montant du remboursement *1.197,31 €*

B.2.4 Neurostimulateurs et accessoires en cas d'épilepsie réfractaire

B.2.4.1 Stimulation du nerf vague

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

170892 - 170903 Premier neurostimulateur non-rechargeable implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, pour un bénéficiaire de 18 ans ou plus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34701

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *9.320,61 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

170914 - 170925 Premier neurostimulateur non-rechargeable implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, pour un bénéficiaire de moins de 18 ans

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34701

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.320,61 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

170936 - 170940 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, pour un bénéficiaire de 18 ans ou plus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34701

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.320,61 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

170951 - 170962 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, pour un bénéficiaire de moins de 18 ans

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34701

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.320,61 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

170973 - 170984 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire en cas de remplacement anticipé, pour un bénéficiaire de 18 ans ou plus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34701

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.320,61 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

170995 - 171006 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire en cas de remplacement anticipé, pour un bénéficiaire de moins de 18 ans

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34701

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.320,61 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

171010 - 171021 Electrode implantée pour stimulation du nerf vague dans le cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34702

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.751,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

171032 - 171043 Electrode de remplacement implantée pour stimulation du nerf vague dans le cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34702

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.751,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

171054 - 171065 Accessoires pour stimulation du nerf vague dans le cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34703

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*99,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/12/2014

171076 - 171080 Accessoires de remplacement pour stimulation du nerf vague dans le cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34703

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*99,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : *B-§08*

B.2.4.2 Deep Brain Stimulation

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171496 - 171500 Premier neurostimulateur non-rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, pour stimulation bilatérale (2 canaux)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	34801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171511 - 171522 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, pour stimulation bilatérale (2 canaux)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	34801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171533 - 171544 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, pour stimulation bilatérale (2 canaux), en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	34801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171555 - 171566 Premier neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	34802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.432,80 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171570 - 171581 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34802

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *17.432,80 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171592 - 171603 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34802

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *17.432,80 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171636 - 171640 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage CE pour cette indication

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 : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171651 - 171662 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage CE pour cette indication, en cas de remplacement anticipé

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 : *B-§09*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171673 - 171684 Electrode implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34807

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171695 - 171706 Electrode de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34803

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171710 - 171721 Extension implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34808

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171732 - 171743 Extension de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34804

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171754 - 171765 Programmateur patient pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34809

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*578,22 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171776 - 171780 Programmateur patient de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34805

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*578,22 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171791 - 171802 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34806

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2015

171813 - 171824 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34806

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

B.2.5 Neurostimulateurs et accessoires en cas de trouble obsessionnel compulsif

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173014 - 173025 Premier neurostimulateur non-rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35701

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173036 - 173040 Premier neurostimulateur non-rechargeable complémentaire pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35702
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173051 - 173062 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35701
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173073 - 173084 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35701
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173095 - 173106 Neurostimulateur non-rechargeable complémentaire de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35702
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173110 - 173121 Neurostimulateur non-rechargeable complémentaire de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35702

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *4.900,04 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173132 - 173143 Premier neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35703

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *17.333,75 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173176 - 173180 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35703

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *17.333,75 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173191 - 173202 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35703

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *17.333,75 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173250 - 173261 Premier neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173294 - 173305 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173316 - 173320 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé, en cas de remplacement anticipé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173375 - 173386 Electrode implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35705

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173412 - 173423 Electrode en cas de stimulation d'essai négative pour le traitement de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35705

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173434 - 173445 Extension implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35706

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173456 - 173460 Extension de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35706

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173471 - 173482 Programmateur patient pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35707

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*578,22 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173493 - 173504 Programmateur patient de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35707

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*578,22 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173515 - 173526 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35708

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173530 - 173541 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35708

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2016

173390 - 173401 Electrode de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35705

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183654 - 183665 Premier neurostimulateur non-rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183676 - 183680 Premier neurostimulateur non-rechargeable complémentaire pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183691 - 183702 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183713 - 183724 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé, en cas de remplacement anticipé

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 : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183735 - 183746 Neurostimulateur non-rechargeable complémentaire de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183750 - 183761 Neurostimulateur non-rechargeable complémentaire de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé, en cas de remplacement anticipé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183772 - 183783 Electrode implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183794 - 183805 Electrode de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183816 - 183820 Electrode en cas de stimulation d'essai négative pour le traitement de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183831 - 183842 Extension implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183853 - 183864 Extension de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183875 - 183886 Programmateur patient pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183890 - 183901 Programmateur patient de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183912 - 183923 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183934 - 183945 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

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 : *B-§11*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183956 - 183960 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé, en cas de remplacement anticipé

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 : *B-§11*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2022

183971 - 183982 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35708
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B.2.6 Neurostimulateurs et accessoires en cas de mouvements anormaux

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173552 - 173563 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de mouvements anormaux, pour stimulation unilatérale (un canal)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35901
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173574 - 173585 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de mouvements anormaux, pour stimulation bilatérale (deux canaux)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35902
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.800,09 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173596 - 173600 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de mouvements anormaux, pour stimulation unilatérale (un canal)

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35901
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.900,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173611 - 173622 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de mouvements anormaux, pour stimulation bilatérale (deux canaux)

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35902

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *9.800,09 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173633 - 173644 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de mouvements anormaux, pour stimulation unilatérale (un canal), en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35901

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *4.900,04 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173655 - 173666 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de mouvements anormaux, pour stimulation bilatérale (deux canaux), en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35902

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *9.800,09 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173670 - 173681 Premier(s) neurostimulateur(s) rechargeable(s) implanté(s) en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35903

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *17.333,75 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173692 - 173703 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35903

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173714 - 173725 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de mouvements anormaux, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35903

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173736 - 173740 Electrode implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35904

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173751 - 173762 Electrode de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35904

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173773 - 173784 Electrode en cas de stimulation d'essai négative pour le traitement de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 35904

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.305,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173795 - 173806 Extension implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35905
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173810 - 173821 Extension de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35905
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173832 - 173843 Programmateur patient pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35906
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*578,22 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173854 - 173865 Programmateur patient de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35906
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*578,22 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173876 - 173880 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35907
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

173891 - 173902 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	35907
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

B.2.7 Neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/12/2019

174532 - 174543 Neurostimulateur non-rechargeable totalement implanté, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	37701
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§13*

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/12/2019

174554 - 174565 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement totalement implanté, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	37701
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§13*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/12/2019

174576 - 174580 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement totalement implanté, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	37701
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§13*

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/12/2019

174591 - 174602 Ensemble des électrodes et extensions implantées, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	37801
Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *B-§13*

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/12/2019

174613 - 174624 Ensemble des électrodes et extensions de remplacement implantées, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	37801
Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *B-§13*

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/12/2019

174635 - 174646 Ensemble des extensions de remplacement implantées, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	37901
Base de remboursement	*169,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*169,38 €*

Conditions de remboursement : *B-§13*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/12/2019

174650 - 174661 Ensemble des électrodes et extensions en cas de stimulation d'essai négative, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	37801
Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *B-§13*

B.2.8 Neurostimulateurs et accessoires en cas d'algie vasculaire de la face

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

184973 - 184984 Premier neurostimulateur non rechargeable pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	39201
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§14*

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

184995 - 185006 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	39202
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§14*

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185010 - 185021 Neurostimulateur de remplacement rechargeable pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	39203
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§14*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185032 - 185043 Programmateur patient pour neurostimulateur rechargeable pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39204

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*596,60 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§14*

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185054 - 185065 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39205

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*596,60 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§14*

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185076 - 185080 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39206

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§14*

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185091 - 185102 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39207

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§14*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185113 - 185124 Electrode pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39208

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.308,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§14*

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185135 - 185146 Electrode de remplacement pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39209

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.308,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§14*

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185150 - 185161 Extension pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*169,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*169,38 €*

Conditions de remboursement : *B-§14*

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185172 - 185183 Extension de remplacement pour la stimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*169,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*169,38 €*

Conditions de remboursement : *B-§14*

B. Neurochirurgie

B.2.9 Neurostimulateurs et accessoires en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185430 - 185441 Neurostimulateur non-rechargeable, pour stimulation unilatérale (un canal) en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39705

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*5.266,74 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185452 - 185463 Neurostimulateur non-rechargeable, pour stimulation bilatérale (deux canaux) en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39701

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185474 - 185485 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement, pour stimulation unilatérale (un canal) en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39705

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*5.266,74 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185496 - 185500 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour stimulation unilatérale (un canal) en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39705

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*5.266,74 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185511 - 185522 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement, pour stimulation bilatérale (deux canaux) en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39701

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185533 - 185544 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement, pour stimulation bilatérale (deux canaux) en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39701

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185555 - 185566 Premier neurostimulateur rechargeable en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39702

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185570 - 185581 Neurostimulateur de remplacement rechargeable en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39702

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185592 - 185603 Neurostimulateur de remplacement rechargeable en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39702

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*17.333,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185614 - 185625 Programmateur patient pour neurostimulateur rechargeable en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39703

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*596,60 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185636 - 185640 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulateur rechargeable en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39703

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*596,60 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185651 - 185662 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39704

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185673 - 185684 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 39704

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185695 - 185706 Ensemble des électrodes et extensions implantées, pour stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185710 - 185721 Ensemble des électrodes et extensions en cas de stimulation d'essai négative, pour stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *B-§15*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185732 - 185743 Ensemble des extensions de remplacement implantées, pour stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*169,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*169,38 €*

Conditions de remboursement : *B-§15*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185754 - 185765 Ensemble des électrodes et extensions de remplacement implantées, pour stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *B-§15*

B.3 Tissu de dure-mère

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152014 - 152025 Tissu synthétique de dure-mère utilisé lors d'une intervention neurochirurgicale, par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*5,26 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*5,26 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5,26 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152036 - 152040 Tissu de dure-mère d'origine animale (non bovine) utilisé lors d'une intervention neurochirurgicale, par cm²

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 30901

Base de remboursement	*7,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*7,28 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*7,28 €*

B.4 Valves d'hydrocéphalie et systèmes de drainage

B.4.1 Valves d'hydrocéphalie non réglables

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152051 - 152062 Valve sans système anti-siphon et sans cathéters

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 31001

Base de remboursement	*647,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*712,19 €*	*Marge de sécurité (€)*	*64,74 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*647,45 €*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152073 - 152084 Valve sans système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31002
Base de remboursement	*756,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*832,16 €*	*Marge de sécurité (€)*	*75,65 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*756,51 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152095 - 152106 Valve sans système anti-siphon et avec cathéter distal seul

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31003
Base de remboursement	*701,99 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*772,18 €*	*Marge de sécurité (€)*	*70,19 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*701,99 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152110 - 152121 Valve avec système anti-siphon et sans cathéters

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31004
Base de remboursement	*887,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*976,14 €*	*Marge de sécurité (€)*	*88,74 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*887,40 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152132 - 152143 Valve avec système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31005
Base de remboursement	*996,46 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.096,10 €*	*Marge de sécurité (€)*	*99,64 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*996,46 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152154 - 152165 Valve avec système anti-siphon et avec cathéter distal seul

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31006
Base de remboursement	*941,93 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.036,12 €*	*Marge de sécurité (€)*	*94,19 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*941,93 €*

B. Neurochirurgie

B.4.2 Valves d'hydrocéphalie réglables utilisées dans les indications prévues au B-§ 4

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152176 - 152180 Valve réglable sans système anti-siphon et sans cathéters utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31007
Base de remboursement	*1.247,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.372,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*124,73 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.247,32 €*

Conditions de remboursement : *B-§04*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152191 - 152202 Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31008
Base de remboursement	*1.357,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.493,10 €*	*Marge de sécurité (€)*	*135,73 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.357,37 €*

Conditions de remboursement : *B-§04*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152213 - 152224 Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31009
Base de remboursement	*1.301,84 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.432,02 €*	*Marge de sécurité (€)*	*130,18 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.301,84 €*

Conditions de remboursement : *B-§04*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152235 - 152246 Valve réglable avec système anti-siphon et sans cathéters utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31010
Base de remboursement	*1.487,26 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.635,98 €*	*Marge de sécurité (€)*	*148,72 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.487,26 €*

Conditions de remboursement : *B-§04*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152250 - 152261 Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31011
Base de remboursement	*1.597,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.757,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*159,73 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.597,32 €*

Conditions de remboursement : *B-§04*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152272 - 152283 Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31012
Base de remboursement	*1.541,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.695,96 €*	*Marge de sécurité (€)*	*154,17 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.541,79 €*

Conditions de remboursement : *B-§04*

B.4.3 Valves d'hydrocéphalie réglables utilisées hors des indications prévues au B-§ 4

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152294 - 152305 Valve réglable sans système anti-siphon et sans cathéters utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31013
Base de remboursement	*686,12 €*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.372,24 €*	*Marge de sécurité (€)*	*686,12 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*686,12 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152316 - 152320 Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31014
Base de remboursement	*745,61 €*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.491,22 €*	*Marge de sécurité (€)*	*745,61 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*745,61 €*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152331 - 152342 Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31015
Base de remboursement	*715,86 €*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.431,72 €*	*Marge de sécurité (€)*	*715,86 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*715,86 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152353 - 152364 Valve réglable avec système anti-siphon et sans cathéters utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31016
Base de remboursement	*817,99 €*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.635,98 €*	*Marge de sécurité (€)*	*817,99 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*817,99 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152375 - 152386 Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31017
Base de remboursement	*878,47 €*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.756,94 €*	*Marge de sécurité (€)*	*878,47 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*878,47 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152390 - 152401 Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31018
Base de remboursement	*847,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.695,48 €*	*Marge de sécurité (€)*	*847,74 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*847,74 €*

B. Neurochirurgie

B.4.4 Accessoires pour valves d'hydrocéphalie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152412 - 152423 Système anti-siphon

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*248,86 €*	*Marge de sécurité (%)*	*75,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*435,50 €*	*Marge de sécurité (€)*	*186,64 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*248,86 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152434 - 152445 Réservoir

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*214,17 €*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*321,25 €*	*Marge de sécurité (€)*	*107,08 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*214,17 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152456 - 152460 Connecteur

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*57,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*86,26 €*	*Marge de sécurité (€)*	*28,75 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*57,51 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152471 - 152482 Cathéter de drainage ventriculaire ou lombaire, avec réservoir

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*167,56 €*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*251,34 €*	*Marge de sécurité (€)*	*83,78 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*167,56 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152493 - 152504 Cathéter de drainage sans réservoir

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*95,19 €*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*142,78 €*	*Marge de sécurité (€)*	*47,59 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*95,19 €*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152515 - 152526 Cathéter de drainage imprégné ou imprégnable avec un antibiotique

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*95,19 €*	*Marge de sécurité (%)*	*150,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*237,97 €*	*Marge de sécurité (€)*	*142,78 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*95,19 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152530 - 152541 Ballonnet de dilatation pour le traitement de l'hydrocéphalie par ventriculostomie, utilisé lors de la prestation 230591-230602 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*196,49 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*196,49 €*

B.4.5 Systèmes de drainage externe

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152552 - 152563 Système de drainage ventriculaire externe, pour l'ensemble des éléments constitutifs : cathéter de drainage ventriculaire, système de monitoring manuel ou électronique du liquide céphalo-rachidien, y compris les lignes de pression avec clapet anti-retour, la burette graduée, les connecteurs et le système de collecte

Catégorie de remboursement : II.B.a

Base de remboursement	*144,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	*33,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*192,53 €*	*Marge de sécurité (€)*	*47,77 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*144,76 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152574 - 152585 Système de drainage ventriculaire externe, pour l'ensemble des éléments constitutifs : cathéter de drainage ventriculaire imprégné ou imprégnable avec un antibiotique, système de monitoring manuel ou électronique du liquide céphalo-rachidien, y compris les lignes de pression avec clapet anti-retour, la burette graduée, les connecteurs et le système de collecte

Catégorie de remboursement : II.B.a

Base de remboursement	*144,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*289,52 €*	*Marge de sécurité (€)*	*144,76 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*144,76 €*

B. Neurochirurgie

B.5 Clip pour anévrisme cérébral

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152596 - 152600 Clip pour le traitement d'un anévrisme cérébral, utilisé lors de la prestation 232551-232562 de la nomenclature, par clip

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*230,03 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*230,03 €*

B.6 Cranioplastie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152611 - 152622 Ciment acrylique pour la fermeture de défects crâniens, par 10 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*59,49 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*59,49 €*

Conditions de remboursement : *B-§05*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152633 - 152644 Ciment à base d'apatite pour la fermeture de défects crâniens, par 5 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*218,13 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*218,13 €*

Conditions de remboursement : *B-§05*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152655 - 152666 Implant pour cranioplastie, spécialement conçu pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser sans vis, non-résorbable, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*54,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*54,54 €*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152670 - 152681 Implant pour cranioplastie, spécialement conçu pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser sans vis, résorbable, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*74,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,37 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152692 - 152703 Plaque circulaire de type burr-hole cover, spécialement conçue pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser avec vis ou rivets, non-résorbable, vis ou rivets inclus, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*128,89 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*128,89 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152714 - 152725 Plaque circulaire de type burr-hole cover, spécialement conçue pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser avec vis ou rivets, résorbable, vis ou rivets inclus, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*128,89 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*128,89 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152736 - 152740 Plaque non-circulaire, spécialement conçue pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser avec vis ou rivets, résorbable ou non, vis ou rivets inclus, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*89,23 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*89,23 €*

B. Neurochirurgie

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

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 entrainant 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*

B.7 Electrodes pour localisation des cibles en cas d'épilepsie réfractaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152773 - 152784 Electrode intracérébrale à utiliser avec vis de guidage, moins de neuf points de contact, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*81,86 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*81,86 €*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152795 - 152806 Electrode intracérébrale à utiliser avec vis de guidage, neuf points de contact ou plus, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*51,17 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*51,17 €*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152810 - 152821 Electrode intracérébrale à utiliser sans vis de guidage, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*102,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*102,34 €*

Conditions de remboursement : *B-§07*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152832 - 152843 Electrode sous-durale sous la forme d'un strip ou grid, moins de vingt points de contact, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*92,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*92,10 €*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152854 - 152865 Electrode sous-durale sous la forme d'un strip ou grid, vingt points de contact ou plus, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*35,82 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*35,82 €*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152876 - 152880 Vis de guidage, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*35,82 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*35,82 €*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152891 - 152902 Vis de guidage, compatible MEG (magnetoencephalography) par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*79,82 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*79,82 €*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

152913 - 152924 Electrode foramen ovale à utiliser sans vis de guidage, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*112,57 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*112,57 €*

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : *B-§07*

Conditions de remboursement

B-§01

Prestations liées

150710	150721
150732	150743
150754	150765
150776	150780
150791	150802
150813	150824
150953	150964
150975	150986
150990	151001

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux pompes implantables en cas de spasticité et/ou dystonie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150732-150743, 150791-150802, 150754-150765, 150813-150824, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 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 doit garantir une permanence en neurochirurgie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels avec la pompe.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150732-150743, 150791-150802, 150754-150765, 150813-150824, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire souffre d'une forme importante de spasticité et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle et il a subi une période d'essai d'au moins cinq jours avec résultat positif.

L'implantation d'une pompe pour l'administration d'un agent antispasmodique à action centrale constitue la seule alternative thérapeutique.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

4.1.1. Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150953-150964 et 150975-150986 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié établi par le médecin spécialiste en neurologie ou neurochirurgie.

4.1.2. Pour la prestation 150990-151001 :

Le cathéter utilisé pour la stimulation d'essai dans le cadre des indications décrites au point 2 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si :

- les résultats de l'essai effectué durant au moins cinq jours se sont révélés négatifs

et

- tous les autres critères de remboursement repris aux points 1 et 2 susvisés sont réalisés.

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative.

4.3 Remplacement anticipé

Pas d'obligation administrative.

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150732-150743 ou 150791-150802 ne peut être accordée qu'après un délai de trois ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 150710-150721 ou 150776-150780 ou 150732-150743 ou 150791-150802 ou 150754-150765 ou 150813-150824.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150710-150721 ou 150732-150743 exclut, pendant une période de trois ans prenant cours à partir de la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150776-150780 ou 150791-150802, et inversement.

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 B-§01 sont celles mentionnées au point 4.1. 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, alinéa1, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué comme 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.

B-§02	
Prestations liées	
151012	151023
151034	151045
151056	151060
151071	151082
151093	151104
151115	151126
151130	151141
151152	151163
151174	151185
151196	151200
151211	151222
151233	151244
151255	151266
151351	151362
151432	151443
171835	171846
171850	171861
171872	171883
171894	171905

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs en cas de failed back surgery syndrome (FBSS) réfractaire ou de failed neck surgery syndrome (FNSS) réfractaire pour un bénéficiaire avec un syndrome douloureux neuropathique démontré, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 151351-151362, 151432-151443, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883 et 171894-171905, 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'intervention chirurgicale mentionnée en 2.2. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d'un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d'un médecin spécialiste en neurochirurgie et qui assure un service de garde permanent permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels du neurostimulateur.

L'établissement hospitalier doit disposer d'un Centre Multidisciplinaire de la Douleur reconnu (CMD – reconnu par les autorités ayant la Santé publique dans leurs attributions) ou d'une Equipe Algologique Multidisciplinaire reconnue (EAM – Le financement est réglé par l'autorité ayant la Santé publique dans ses attributions).

L'équipe multidisciplinaire responsable de la pose de l'indication, du screening, de l'implantation et du suivi à long terme du traitement est composée d'un neurochirurgien, d'un anesthésiste algologue, un spécialiste en médecine physique et réadaptation, d'un psychologue de la douleur et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre algologue ou d'un neurologue.

L'établissement hospitalier qui implante un neurostimulateur et ne dispose pas d'un centre multidisciplinaire de la douleur reconnu (CMD) doit avoir conclu un accord de coopération avec un ou plusieurs centres multidisciplinaires de la douleur reconnus.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 151351-151362, 151432-151443, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883 et 171894-171905 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 du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cet engagement doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement et du suivi obligatoire du traitement après implantation.

2.2. Indications

L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151351-151362, 151432-151443, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883, et 171894-171905 doit être pratiquée pour le traitement d'un failed back surgery syndrome (FBSS) réfractaire ou d'un failed neck surgery syndrome (FNSS) réfractaire, pour un bénéficiaire avec un syndrome de la douleur neuropathique démontré, qui n'a pas réagi ou insuffisamment à un traitement multimodal pharmacologique et invasif de la douleur ou dont ce traitement n'a pas été supporté par le bénéficiaire. Le traitement est réalisé par stimulation électrique tonique intracérébrale, ou par stimulation électrique tonique ou burst des cordons postérieurs de la moelle épinière, après exclusion de toutes les autres cibles.

Les deux situations suivantes entrent en ligne de compte pour l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable:

- les bénéficiaires nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5V ou 4,7mA à l'issue de la phase de test de stimulation.

ou

- les bénéficiaires chez qui un neurostimulateur prévu sous la prestation 151012-151023 ou 151034-151045 ou 151071-151082 ou 151056-151060 ou 151093-151104 ou 151115-151126 a déjà été implanté et qui nécessitent un remplacement pour « end of life » dans les deux ans suivant l'implantation.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151233-151244 et 151255-151266 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1 Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, au moyen d'une ou plusieurs extensions si nécessaire.

La neurostimulation tonique est réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La neurostimulation burst consiste en un groupe d'impulsions se succédant rapidement, suivie d'une période sans impulsion, avant que le groupe d'impulsions soit répété.

3.2. Critères

Tout nouveau dispositif ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1., doit faire l'objet d'une demande d'inscription sur la Liste.

Pour toute nouvelle inscription sur la liste nominative, le demandeur doit démontrer que le système de neurostimulation correspond à la définition reprise au point 3.1. et prouver que les seuls modes de programmation de la stimulation accessibles au bénéficiaire et à l'équipe multidisciplinaire responsable de l'implantation, seront ceux déjà pris en charge par l'assurance obligatoire.

3.3. Conditions de garantie

3.3.1 Neurostimulateurs non rechargeables :

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151012-151023 ou 151034-151045, une garantie en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de vingt-quatre mois.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104 et 151115-151126, une garantie totale de vingt-quatre mois doit être donnée. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

3.3.2. Neurostimulateurs rechargeables :

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151233-

151244 et 151255-151266, une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables: une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata. Pour le chargeur, une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après que le formulaire B-Form-I-16 ait été dûment complété via le registre interactif en ligne. Toutes les demandes doivent être examinées et validées pendant une concertation algologique multidisciplinaire (CAM) en collaboration avec un CMD reconnu pour ensuite être téléchargées dans le registre interactif.

À cette concertation algologique multidisciplinaire doivent être présents au minimum l'algologue anesthésiste traitant, le psychologue de la douleur traitant, le neurochirurgien ou chirurgien orthopédiste traitant ayant une expérience particulière en chirurgie du dos et le spécialiste en médecine physique et réadaptation traitant.

Le médecin généraliste du bénéficiaire, le praticien de l'art infirmier spécialiste de la douleur et d'autres dispensateurs de soins peuvent également être présents à cette CAM.

Le médecin conseil, le spécialiste en médecine physique et réadaptation, l'assistant social, le pharmacologue clinicien, le psychiatre ou tout autre personne concernée peuvent également participer à cette CAM.

L'indication doit être posée dans un établissement hospitalier qui satisfait aux critères du point 1.

4.1. Première implantation

4.1.1. Pour les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151130-151141, 151196-151200, 151233-151244, 171835-171846, 151351-151362, 171894-171905 dans les indications reprises sous 2.2.:

La notification au médecin-conseil se fait en téléchargeant un rapport multidisciplinaire circonstancié validé dans le registre interactif avec une notification automatique au médecin-conseil. Ce rapport multidisciplinaire renferme une analyse du bilan médical du syndrome de la douleur neuropathique ainsi que le bilan psychologique approfondi (avant le traitement d'essai et à la fin du traitement d'essai) et les données objectives collectées pendant la thérapie d'essai qui doit compter au moins vingt-et-un jours. Le rapport médical circonstancié est également validé et signé par le coordinateur médical du CMD coordonnant.

Toutes les données de base du bilan médical et psychologique et les données de suivi collectées pendant le traitement d'essai doivent être présentes sous forme originale et consultables à tout moment dans le registre interactif.

Le rapport circonstancié doit comporter au minimum les éléments suivants :

- les résultats du bilan médical avant la thérapie d'essai composé au moins des éléments suivants:

a) antécédents médicaux et chirurgicaux;

b) distribution anatomique de la douleur (concordance avec le dermatome de l'opération précédente);

c) évaluation nociceptive avec une évaluation de la qualité des douleurs neuropathiques, un examen sensoriel en utilisant au moins le pin prick test et un toucher léger (brush);

d) il est démontré que les douleurs du bénéficiaire sont réfractaires au traitement conservateur maximal (pharmacologique et interventionnel);

e) le bénéficiaire présente sur une base journalière une intensité moyenne de la douleur de = 4/10 (NRS - Numeric Rating Scale);

f) les éléments médicaux démontrent que le traitement de fond actuel résulte en une analgésie insuffisante et/ou un nombre trop important d'effets secondaires.

- les résultats du bilan psychologique avant la thérapie d'essai (qui se compose d'au moins 2 consultations et dont les résultats sont reproduits dans un rapport psychologique séparé) contenant au moins les éléments suivants :

a) Exclusion de la présence éventuelle de red flags et identification de la présence éventuelle de yellow flags;

b) Symptom checklist (SCL-90 revised);

c) Pain Coping Inventory (PCI);

d) Illness Attitude Scale (IAS);

e) Attitude face à la réactivation ou la participation active au changement dans la situation de vie;

f) Evaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire pendant la durée de l'évaluation psychologique (entre les 2 moments de consultation):

i. Ressenti de la douleur et activités en tenant un carnet de bord (intensité de la douleur au moyen de la NRS au repos et en mouvement);

ii. Qualité du repos nocturne (NRS);

iii. Attitude face aux traitements médicaux, à la médication et à l'usage de médicaments (analgésiques) au moyen du score MQS.

Une évaluation psychiatrique n'est nécessaire que s'il est question de la présence de red flags et si nécessaire sur la base des résultats de l'évaluation psychologique.

- les résultats d'une thérapie d'essai (il s'agit de stimulation électrique tonique intracérébrale, de stimulation électrique tonique ou burst des cordons postérieures de la moelle épinière, et à l'exception de toutes autres cibles) réalisée pendant une période de vingt-et-un jours au moins;

- l'évaluation de cette thérapie d'essai doit être faite selon des critères standardisés et est jugée en fonction des éléments suivants :

a) douleur - présentation quotidienne de la douleur ressentie au repos et en mouvement au moyen de la NRS pendant la durée complète de la période d'essai (enregistrement dans le registre interactif);

b) la mesure d'amélioration de l'état clinique du bénéficiaire au moyen du Global Perceived Effect (GPE-DV);

c) la Symptom Checklist (SCL-90 revised) comme mesure du fonctionnement psychique général du bénéficiaire ;

d) qualité du repos nocturne (NRS ou mesure objective avec enregistrement quotidien dans le registre interactif);

e) usage de médicaments (score MQS);

f) évaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire, avec participation active au changement dans la situation de vie grâce à la fixation d'activités quotidiennes (au moyen de l'échelle de Katz et/ou la présentation télémétrique du niveau d'activité du bénéficiaire).

La thérapie d'essai peut être considérée comme positive après au moins vingt-et-un lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément :

- diminution d'au moins 50 % de la douleur (NRS au repos et en mouvement);

et

- amélioration de la qualité du repos nocturne tel que mesuré au moyen du score NRS quotidien pendant la durée de la période d'essai ou au moyen d'une mesure télémétrique;

et

- diminution du score MQS grâce à une diminution de la médication analgésique (réduction des doses, retour à des analgésiques mineurs ou suppression de la médication);

et

- au moins un score d'une nette amélioration et d'une grande satisfaction dans le questionnaire GPE-DV;

et

- une amélioration du sentiment de mal-être psycho-neuro-somatique général comme mesuré au moyen du questionnaire SCL 90 revised;

et

- une amélioration du statut fonctionnel global du bénéficiaire (au moyen de l'échelle de Katz et/ou d'un suivi télémétrique).

4.1.2. Pour la prestation 171850-171861 ou 151432-151443 dans les indications reprises sous 2.2.:

L'électrode utilisée pour la stimulation d'essai peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire après notification au médecin-conseil via le registre interactif pour autant :

- que les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins vingt-et-un jours se soient révélés négatifs ou après une interruption prématurée pour une raison médicale (infection, etc.) ;

- et que tous les autres critères de remboursement repris sous les points 1. et 2. susvisés soient réalisés.

4.2. Remplacement

Les prestations 151056-151060 ou 151093-151104 ou 171835-171846 ou 171872-171883 ou 151351-151362 ou 171894-171905 ou 151152-151163 ou 151211-151222 ou 151255-151266 ou 171835-171846 ou 171872-171883 ou 151351-151362 ou 171894-171905 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire :

4.2.1. Pour les bénéficiaires qui satisfont à tous les critères de l'indication visés au point 2. après la notification au médecin-conseil via le registre interactif avec une notification automatique :

La notification s'effectue en téléchargeant un rapport médical qui doit être examiné et validé pendant une concertation algologique multidisciplinaire avec un CMD reconnu .

4.2.2. Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la (nouvelle) procédure [date] visée au point 4.1. et qui ne satisfaisaient pas à tous les critères de l'indication avant l'implantation visés au point 2.:

La première demande pour un neurostimulateur de remplacement doit être envoyée via le registre interactif à l'Organe Consultatif National (OCN). Cette demande se fait en téléchargeant un rapport médical circonstancié qui doit être examiné et validé pendant une concertation algologique multidisciplinaire avec un CMD reconnu. Le médecin-conseil reçoit ensuite une demande pour son bénéficiaire via le registre interactif.

Les membres de l'Organe Consultatif National se composent de représentants de la Belgian Pain Society (BPS), de la Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor pijnbestrijding (VAVP), du Groupe Régional Interdisciplinaire Douleur (GRID), de la Benelux Neuromodulation Society (BNS), de la Belgische vereniging voor stereotactische en functionele neurochirurgie (BSSFN) en de la Spine Society Belgium (SSBe).. Le président est un membre de la BPS.

L'Organe Consultatif National se compose d'anesthésistes algologues (5), de psychologues de la douleur (2) et de neurochirurgiens ou chirurgiens orthopédistes ayant une expérience particulière en chirurgie du dos (3) et d'un algologue psychiatre ou d'un neuropsychiatre ou d'un neurologue ou d'un spécialiste en médecine physique et réadaptation qui travaillent dans une équipe algologique multidisciplinaire (EAM) ou un centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) répartis sur l'ensemble du pays. Afin de se réunir valablement, au moins 6 membres doivent être présents, dont au moins 3 anesthésistes algologues, 1 psychologue de la douleur et 1 neurochirurgien ou chirurgien orthopédiste ayant une expérience particulière en chirurgie du dos.

L'OCN se réunit au moins 6 fois par an. Si nécessaire, le nombre de réunions peut toutefois être augmenté.

L'OCN doit examiner la demande du centre de la douleur multidisciplinaire reconnu dans les deux mois. L'OCN informe l'équipe algologique traitante de sorte qu'elle puisse la défendre. Pendant l'examen des dossiers qui entrent en ligne de compte pour une intervention pour neurostimulation, un ou plusieurs membres du Collège des médecins-directeurs ou un médecin-conseil, des médecins membres de la CRIDMI et des représentants de l'INAMI peuvent toujours être présents

Au moins la moitié des membres présents +1 dont minimum 2 anesthésistes algologues ou neurologues algologues et 1 psychologue de la douleur de l'OCN doivent marquer leur accord.

À cet effet, l'OCN envoie sa conclusion argumentée (accord – refus – report) via le registre interactif au médecin-conseil.

Le médecin-conseil prend la décision d'accorder une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé sur la base de l'avis de l'OCN et pour chaque bénéficiaire séparément.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis de l'OCN. Cette décision est communiquée via le registre interactif à l'équipe algologique concernée, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

4.2.3. Pour les bénéficiaires qui ont reçu une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur de remplacement selon la procédure décrite au point 4.2.2., un remboursement pour un nouveau remplacement d'un neurostimulateur et accessoires peut être octroyé selon les modalités prévues au point 4.2.1.

4.3. Remplacement prématuré

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 151071-151082 ou 151115-151126 pour un remplacement prématuré, c'est-à-dire avant le délai de vingt-quatre mois pour les neurostimulateurs non-rechargeables peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

Une intervention de l'assurance obligatoire, dans le délai de neuf ans, pour le remplacement prématuré d'un neurostimulateur rechargeable (151174-151185) peut être autorisée selon les modalités prévues au point 4.2.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

4.4. Suivi du traitement après implantation

Le bénéficiaire qui a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur depuis l'entrée en vigueur du nouveau système doit être évalué et suivi au moins deux fois par année civile par l'équipe algologique multidisciplinaire traitante afin de conserver une relation thérapeutique.

Pour ce faire, le bénéficiaire doit signer au début de la procédure de demande un contrat de suivi avec l'EAM ou le CMD

traitant.

Le suivi du traitement du bénéficiaire est enregistré via le formulaire B-Form-I-16 du registre interactif.

4.5. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 exclut, pendant une période de six mois prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920 ou 150931-150942 et inversement. Pour les bénéficiaires cumulant un neurostimulateur et une pompe, cette règle ne s'applique pas pour le remplacement, endéans la période de 6 mois, du dispositif préalablement implanté et visé par ces prestations.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185, exclut, pendant une période de neuf ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126 et 151152-151163.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174532-174543 exclut, pendant une période d'un an prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 et inversement. Pour les bénéficiaires cumulant un neurostimulateur et une pompe, cette règle ne s'applique pas pour le remplacement, endéans la période de 6 mois, du dispositif préalablement implanté et visé par ces prestations.

5.2 Autres règles

Les prestations 151012-151023, 151034-151045 et 151130-151141 ne peuvent être attestées qu'une seule fois.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Les modalités d'enregistrement des données visées au point 4. ainsi que les modalités de transmission de ces données à Healthdata, aux établissements hospitaliers implanteurs et à la Commission, sont établies par Healthdata, la Belgian Pain Society et le Service des soins de santé.

Les établissements hospitaliers implanteurs et la Belgian Pain Society feront tous les 3 ans une évaluation des données collectées et une analyse de la littérature récente avec rapport à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

7. Divers

Pas d'application.

B-§03 Prestations liées	
151454	151465
151476	151480
151491	151502
151513	151524
151535	151546
151550	151561
151572	151583
151594	151605
151616	151620
151631	151642
151653	151664
151675	151686
151690	151701
151712	151723
151734	151745
151756	151760
151771	151782
151793	151804
151815	151826
151830	151841
151852	151863
151874	151885
151896	151900
151911	151922
151933	151944
151955	151966
151970	151981

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la stimulation cérébrale profonde (Deep Brain Stimulation ou DBS) en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151815-151826, 151830-151841, 151852-151863, 151874-151885, 151896-151900, 151911-151922, 151933-151944, 151955-151966 et 151970-151981 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. L'établissement hospitalier doit garantir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;

L'établissement hospitalier doit disposer d'une équipe « mouvements anormaux » (EMA) composée d'au moins :

a) deux médecins spécialistes en neurochirurgie (ETP) ;

b) deux médecins spécialistes en neurologie (ETP)

chacun disposant d'une expertise théorique et clinique ainsi que d'une expérience en matière de DBS ;

c) un (ou plusieurs) psychologue(s) compétent(s) en matière d'évaluation neuropsychologique et familiarisé(s) avec la prise en charge des bénéficiaires concernés, y compris la comorbidité neurologique et psychique fréquemment associée ;

d) le personnel nécessaire et formé pour régler le dispositif et instruire le bénéficiaire et son entourage en la matière.

La pose d' indication DBS est basée notamment sur les enregistrements vidéos et faite lors d'une réunion de l'EMA, à laquelle au moins le médecin spécialiste en neurochirurgie, le médecin spécialiste en neurologie et le psychologue susmentionnés participent ;

1.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire B-Form-II-01 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151815-151826, 151830-151841, 151852-151863, 151874-151885, 151896-151900, 151911-151922, 151933-151944, 151955-151966 et 151970-151981 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissement hospitalier dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers ; les prestations mentionnées ci-dessus 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, l'établissement hospitalier est supprimé de cette liste. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire B-Form-II-01 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire B-Form-II-01 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151815-151826, 151830-151841, 151852-151863, 151874-151885, 151896-151900, 151911-151922, 151933-151944, 151955-151966 et 151970-151981 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Critères d'inclusion

2.1.1. L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires (ou éventuellement leur représentant légal) clairement capables de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte.

2.1.2. Indications

Les bénéficiaires sont sévèrement gênés dans les activités de leur vie journalière (AVJ) par une des affections mentionnées ci-après :

a) bénéficiaires ayant pris pendant au moins trois ans une médication orale antiparkinsonienne et dont la maladie ne peut plus être traitée par médicaments ;

ou

b) bénéficiaires qui souffrent de tremblements essentiels et dont la maladie ne peut plus être traitée par médicaments.

2.2. Critères d'exclusion

a) épisode aigu dépressif / mixte / psychotique / (hypo)maniaque ou délirium qui n'est pas attribuable à une médication dopaminergique antiparkinsonienne ;

ou

b) troubles induits par une substance, rendant impossible l'usage correct du dispositif ou le suivi médical systématique ;

ou

c) autre trouble psychiatrique grave rendant impossible l'usage correct du dispositif ou le suivi médical systématique, ou qui pourrait s'aggraver par le fait même de l'implantation ;

ou

d) démence.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151955-151966 et 151970-151981 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, et si nécessaire au moyen d'une ou plusieurs extensions.

Le programmateur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151955-151966 et 151970-151981, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

a) Neurostimulateurs non-rechargeables :

Une garantie au prorata de quinze mois doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux et une garantie au prorata de vingt-quatre mois doit être donnée pour les neurostimulateurs bilatéraux.

En outre, une garantie totale (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de quinze mois.

b) Neurostimulateurs rechargeables :

Une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et une garantie au prorata pour les quatre années suivantes. Pour le chargeur (151955-151966 et 151970-151981) une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

4.1.1. Électrode en cas de stimulation d'essai négative :

La prestation 151852-151863 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si :

- les résultats de la stimulation d'essai se sont révélés négatifs

et

- tous les autres critères de remboursement repris aux points 1 et 2 susvisés sont réalisés.

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative.

4.3 Remplacement prématuré

Pas d'obligation administrative.

4.4 Dérogation à la procédure

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 B-§03 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné au point 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, alinéa 1, 2° de la loi.

Le traitement des données personnelles est effectué comme 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, 1°, 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.

B-§04 Prestations liées	
152176	152180
152191	152202
152213	152224
152235	152246
152250	152261
152272	152283

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 152176-152180, 152191-152202, 152213-152224, 152235-152246, 152250-152261 et 152272-152283 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

2.1. Indications:
- complications liées au drainage (over-drainage) : "slit-ventricule syndrome" prouvé par CT;
ou
- pseudo-tumor cerebri;
ou
- hydrocéphalie normo-tensive;
ou
- nourrisson;
ou
- kystes cérébraux non-tumoraux;
ou
- remplacement d'une valve réglable qui a fait antérieurement l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire selon ces mêmes critères.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à 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
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

B-§05

Prestations liées

152611	152622
152633	152644

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application.

5.2. Autres règles
Le poids du ciment des prestations 152611-152622 et 152633-152644 est calculé en prenant en compte uniquement la poudre sèche. Les solvants n'entrent pas en ligne de compte. Il ne s'agit donc pas du poids du mélange.

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 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.

B-§07

Prestations liées

152773	152784
152795	152806
152810	152821
152832	152843
152854	152865
152876	152880
152891	152902
152913	152924

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux électrodes pour localisation des cibles en cas d'épilepsie réfractaire il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 152773-152784, 152795-152806, 152810-152821, 152832-152843, 152854-152865, 152876-152880, 152891-152902 et 152913-152924 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un centre conventionné de référence en matière d'épilepsie réfractaire.

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
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

B-§08	
Prestations liées	
170892	170903
170914	170925
170936	170940
170951	170962
170973	170984
170995	171006
171010	171021
171032	171043
171054	171065
171076	171080

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 170892-170903, 170914-170925 171010-171021, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984, 170995-171006, 171032-171043, 171054-171065 et 171076-171080 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. L'établissement hospitalier est inscrit sur la liste des centres spécialisés pour l'épilepsie réfractaire (centres de référence – 7893)

1.2. L'établissement hospitalier dispose d'une équipe multidisciplinaire responsable de la pose d'indication, de l'évaluation pré-chirurgicale, de l'implantation, y compris les remplacements, de la rééducation et du suivi à long terme et qui est composée au moins d'un épileptologue, d'un neurochirurgien et d'un psychiatre.

L'épileptologue est un médecin-spécialiste ayant une expérience démontrée et maintenue dans le domaine du traitement de l'épilepsie tel que défini dans la convention de rééducation avec des centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 170892-170903, 170914-170925 171010-171021, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984, 170995-171006, 171032-171043, 171054-171065 et 171076-171080 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Critères d'inclusion

1) Le bénéficiaire est atteint d'épilepsie focale ou généralisée.

2) Le bénéficiaire est atteint d'épilepsie réfractaire. L'épilepsie est réfractaire, c'est-à-dire qu'un contrôle satisfaisant des crises ne peut pas être obtenu avec un des médicaments antiépileptiques potentiellement efficaces, administré seul ou en combinaison, à des doses thérapeutiques optimales et non associées à des effets secondaires inacceptables, les crises

entraînant des incapacités et un handicap.

3) Le bénéficiaire doit avoir été traité par un traitement pharmacologique optimal. Le bénéficiaire n'a pas de contrôle satisfaisant de l'épilepsie avec au minimum trois thérapies différentes, dont au minimum une association, aux doses optimales et durant une période suffisante pour en apprécier l'efficacité.

4) L'indication et la pertinence d'un traitement par stimulation du nerf vague par rapport à une chirurgie de l'épilepsie, une stimulation cérébrale profonde ou d'autres alternatives telles que définies dans les revues systématiques de la littérature publiées les plus récentes, ont été discutées et évaluées, préalablement à l'intervention, par l'équipe multidisciplinaire.

5) Le bénéficiaire n'est pas éligible pour une chirurgie ou la chirurgie de l'épilepsie est un échec.

L'évaluation préchirurgicale doit être réalisée et inclut les tests suivants :

a. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises

b. IRM à haute résolution du cerveau

c. FDG-PET du cerveau

d. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants :

i. QI

ii. Mémoire

iii. Fonctions exécutives frontales

e. Évaluation psychiatrique

Au cas où un de ces examens ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l'enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un stimulateur du nerf vague), la raison doit en être clairement mentionnée dans le compte-rendu de la concertation multidisciplinaire.

6) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Critères d'exclusion

Bénéficiaires ayant subi une vagotomie cervicale gauche ou bilatérale.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984, 170995-171006, 171010-171021, 171032-171043, 171054-171065 et 171076-171080 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes.

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984 et 170995-171006, les garanties suivantes doivent être données :

Défaut du dispositif :

Une garantie (warranty) pour un neurostimulateur non-rechargeable en cas de défaut de l'appareil doit être donnée pour une période de 24 mois.

Durée de vie :

Une garantie totale pour un neurostimulateur non-rechargeable en cas d'end-of-life doit être donnée pour une période de 24 mois.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Pas d'obligation administrative.

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative.

4.3. Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170973-170984 ou 170995-171006 en cas de remplacement anticipé pendant la période de garantie décrite au point 3.3. peut être accordée par le médecin-conseil après évaluation que le dispositif remplacé ne tombe pas dans les conditions de garantie.

La prestation 170973-170984 ou 170995-171006 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil, avant l'implantation, demandé sur base du formulaire B-Form-I-20 entièrement complété et signé par l'épileptologue faisant partie de l'équipe multidisciplinaire.

Pendant la période de garantie et en cas de dysfonctionnement qui n'est pas lié à la pathologie du bénéficiaire ou à l'évolution de sa situation médicale, le distributeur est obligé d'appliquer les conditions de garantie et de fournir une note de crédit, quel que soit le distributeur qui fournit le neurostimulateur de remplacement.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170892-170903 ou 170914-170925 exclut, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 171496-171500 et 171555-171566 et inversement.

5.2. Autres règles

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170936-170940 ou 170951-170962 ne peut être accordée que

minimum deux ans après la prestation 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984 ou 170995-171006.

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 B-§08 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné au point 4.3. 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 personnelles 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.

B-§09	
Prestations liées	
171496	171500
171511	171522
171533	171544
171555	171566
171570	171581
171592	171603
171636	171640
171651	171662
171673	171684
171695	171706
171710	171721
171732	171743
171754	171765
171776	171780
171791	171802
171813	171824

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde (Deep Brain Stimulation ou DBS) en cas d'épilepsie réfractaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171636-171640, 171651-171662, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 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. L'établissement hospitalier est inscrit sur la liste des centres spécialisés pour l'épilepsie réfractaire (centres de référence – 7893)

1.2. L'établissement hospitalier dispose d'une équipe multidisciplinaire responsable de la pose d'indication, de l'évaluation pré-chirurgicale, de l'implantation, y compris les remplacements, de la rééducation et du suivi à long terme et qui est composée au moins d'un épileptologue, d'un neurochirurgien et d'un psychiatre.

L'épileptologue est un médecin-spécialiste ayant une expérience démontrée et maintenue dans le domaine du traitement de l'épilepsie tel que défini dans la convention de rééducation avec des centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire.

L'établissement hospitalier doit garantir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Le suivi du bénéficiaire au quotidien est permis hors de ces centres de référence.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171636-171640, 171651-171662, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Critères d'inclusion

1) Le bénéficiaire est atteint d'épilepsie focale avec des crises focales complexes, avec ou sans généralisation secondaire.

2) Le bénéficiaire est atteint d´épilepsie réfractaire, c´est-à-dire qu'un contrôle satisfaisant des crises ne peut pas être obtenu avec un des médicaments antiépileptiques potentiellement efficaces, administré seul ou en combinaison, à des doses thérapeutiques optimales et non associées à des effets secondaires inacceptables, les crises entrainant des incapacités et un handicap.

3) Le bénéficiaire doit avoir été traité par un traitement pharmacologique optimal. Le bénéficiaire n'a pas de contrôle satisfaisant de l'épilepsie avec au minimum 3 thérapies différentes, dont au minimum une association, aux doses optimales et durant une période suffisante pour en apprécier l'efficacité.

4) L'indication et la pertinence d'un traitement par stimulation cérébrale profonde par rapport à une chirurgie de l'épilepsie, une stimulation du nerf vague ou d'autres alternatives telles que définies dans les revues systématiques de la littérature publiées les plus récentes, ont été discutées et évaluées, préalablement à l'intervention, par l'équipe multidisciplinaire.

5) Le bénéficiaire n'est pas éligible pour une chirurgie ou la chirurgie de l'épilepsie est un échec. L'évaluation préchirurgicale doit être réalisée et inclut les tests suivants :

a. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises

b. IRM à haute résolution du cerveau

c. FDG-PET du cerveau

d. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants :

i. QI

ii. Mémoire

iii. Fonctions exécutives frontales

e. Évaluation psychiatrique incluant entre autres les éléments suivants :

i. Inventaire de dépression de Beck

ii. QoLIE-31

Au cas où un de ces examens ne serait pas réalisable, par exemple suite à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l´implantation d´un stimulateur pour stimulation cérébrale profonde), la raison doit être clairement mentionnée dans le compte-rendu de la concertation multidisciplinaire.

6) Si le bénéficiaire est traité par stimulation du nerf vague (VNS) et qu'un contrôle satisfaisant des crises n'a pas pu être obtenu, la stimulation VNS doit avoir débuter au minimum 2 ans avant l'implantation d'un neurostimulateur DBS.

7) Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans au moment de l'implantation.

8) Le bénéficiaire (ou éventuellement son responsable légal) est capable d'utiliser un programmateur et de se soumettre aux tests demandés.

9) Seuls les bénéficiaires (ou éventuellement leur responsable légal) clairement capables, de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cette déclaration doit expliquer de manière détaillée les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial.

2.2. Critères d'exclusion

1) Affection neurologique ou médicale grave qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.

2) Toute contre-indication chirurgicale pour subir une DBS, y compris les contre-indications connues pour la DBS et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,…).

3) Utilisation inappropriée d'un produit (alcool, drogue,…), abus de substance qui ne permet pas un usage correct de l'appareil ou rendant un suivi médical/psychiatrique systématique impossible.

4) Idées suicidaires.

5) Problématique chronique psychotique non stabilisée sous traitement, à l'exception de la psychose péri-ictale.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171636-171640, 171651-171662, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, et si nécessaire au moyen d'une ou plusieurs extensions.

Le programmateur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

Les dispositifs visés par les prestations 171636-171640 et 171651-171662 ne portent pas le marquage CE pour l'indication d'épilepsie réfractaire mais doivent faire l'objet d'une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions. Ces dispositifs doivent être notifiés et avoir un marquage CE pour un traitement par neurostimulation dans une autre indication.

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171791-171802 et 171813-171824, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Neurostimulateurs non-rechargeables :

une garantie totale de 24 mois doit être donnée pour les neurostimulateurs non-rechargeables.

- Neurostimulateurs rechargeables :

une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et une garantie au prorata pour les quatre années suivantes. Pour le chargeur 171791-171802 et 171813-171824, une garantie totale de neuf ans est exigée. Les prestations 171636-171640 et 171651-171662 doivent également répondre à ces conditions de garantie.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Pour les prestations 171496-171500, 171555-171566, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 et 171791-171802 : Pas d'obligation administrative.

4.2. Remplacement

4.2.1. Pour les prestations 171511-171522, 171570-171581, 171695-171706, 171732-171743, 171776-171780 et 171813-171824 : Pas d'obligation administrative.

4.2.2. La prestation 171636-171640 ne peut 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 B-Form-I-21 introduit par l'épileptologue faisant partie de l'équipe multidisciplinaire.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée au pharmacien hospitalier, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et à l'épileptologue qui a introduit la demande, endéans les 30 jours suivant la réception de la demande.

4.3. Remplacement anticipé

4.3.1. Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171533-171544 ou 171592-171603 en cas de remplacement anticipé pendant la période de garantie décrite au point 3.3., peut être accordée par le médecin-conseil après évaluation que le dispositif remplacé ne tombe pas dans les conditions de garantie.

La prestation 171533-171544 ou 171592-171603 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil, avant l'implantation, demandé sur base du formulaire B-Form-I-20 entièrement complété et signé par l'épileptologue faisant partie de l'équipe multidisciplinaire.

Pendant la période de garantie et en cas de dysfonctionnement qui n'est pas lié à la pathologie du bénéficiaire ou à l'évolution

de sa situation médicale, le distributeur est obligé d'appliquer les conditions de garantie et de fournir une note de crédit, quel que soit le distributeur qui fournit le neurostimulateur de remplacement.

4.3.2. Pour la prestation 171651-171662, la procédure décrite au point 4.2.2 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

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171496-171500 ou 171555-171566 exclut, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance pour la prestation 170892-170903.

5.2. Autres règles

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171511-171522 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 171496-171500, 171511-171522 ou 171533-171544.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 171570-171581 et 171636-171640 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171636-171640 ou 171651-171662.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171813-171824 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 171791-171802.

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 B-§09 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 4.2.2. et 4.3. 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 personnelles 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.

B-§10	
Prestations liées	
150835	150846
150850	150861
150872	150883
150894	150905
150916	150920
150931	150942
150953	150964
150975	150986
150990	151001
151012	151023
151034	151045
151056	151060
151071	151082
151093	151104
151115	151126
151130	151141
151152	151163
151174	151185

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux pompes en cas de douleurs neurogènes, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 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´intervention chirurgicale mentionnée en 2.2.1.et 2.2.2.. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d´un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d´un médecin spécialiste en neurochirurgie et qui assure un service de garde permanent permettant au bénéficiaire de s´y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels de la pompe.

L´équipe pluridisciplinaire responsable de l´implantation et du traitement est composée :

- pour l´implantation mentionnée en 2.2.1. d´un neurochirurgien, d´un neurologue ou d´un anesthésiste et d´un neuropsychiatre ou d´un psychiatre;

- pour l´implantation mentionnée en 2.2.2. , d´un neurochirurgien, d´un interniste et d´un neuropsychiatre ou d´un psychiatre

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 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 la pompe ainsi que l´utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Indications

2.2.1. L´implantation des dispositifs prévus sous les prestations, 150835-150846, 150894-150905, 150850-150861, 150872-150883, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 doit être pratiquée pour le traitement, par administration intrathécale de morphine ou d´un agent morphinomimétique, du syndrome de douleurs neurogènes de longue durée, d´origine centrale ou médullaire ou radiculaire ou secondaire à une lésion traumatique d´un nerf périphérique, réfractaires au traitement chirurgical et/ou pharmacothérapeutique.

2.2.2. L´implantation des dispositifs prévus sous les prestations 150835-150846, 150894-150905, 150850-150861, 150872-

150883, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 doit être pratiquée pour le traitement de la douleur consécutive à une pancréatite chronique pour laquelle le traitement pharmacologique courant n´a pas donné de résultat favorable ou a entraîné des effets secondaires sérieux.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

4.1.1. Pour les prestations 150835-150846, 150894-150905, 150953-150964, 150975-150986 dans les indications reprises sous 2.2.1. et 2.2.2:

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil, sur la base du formulaire B-Form-I-01 (Partie 1), ainsi que d´un rapport médical circonstancié établi et signé par tous les membres de l´équipe pluridisciplinaire responsable de l´implantation et du traitement.

Le rapport doit comporter les éléments suivants :

a) l´anamnèse avec mention des traitements déjà appliqués qui sont restés sans résultats.

b)

- un diagnostic, la nature des lésions et leur caractère irréversible pour l´implantation mentionnée en 2.2.1.;

ou

- le diagnostic stipulant qu´il s´agit bien de douleurs consécutives à une pancréatite chronique pour l´implantation mentionnée en 2.2.2.

c)

- l´indication et l´évaluation multidisciplinaire avec un bilan psychologique et/ou psychiatrique, effectué avant la thérapie d´essai pour l´implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.2.

d)

- les résultats d´une thérapie d´essai (pour l´implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.2., il s´agit d'administration intrathécale de morphine ou d´un agent morphinomimétique) réalisée pendant une période de vingt-huit jours, dont quatorze jours au moins se passent extra-muros, au domicile du bénéficiaire.

- l´évaluation de cette thérapie d´essai doit être faite selon des critères standardisés et est jugée en fonction des éléments suivants :

a) douleur;

b) médication;

c) activités de la vie journalière;

d) qualité de vie.

L´évaluation doit être effectuée deux fois en indiquant les dates, une première fois avant la thérapie d´essai et une seconde fois après les vingt-huit jours de la thérapie d'essai.

La thérapie d´essai peut être considérée comme positive lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément :

- diminution d´au moins 50 % de la douleur;

et

- réduction manifeste de la médication (réduction des doses, retour à une médication de type analgésiques mineurs ou suppression de la médication);

et

- amélioration significative dans les scores "activités de la vie journalière" et "qualité de vie".

4.1.2. Pour la prestation 150990-151001 dans l'indication 2.2.1. :

Le cathéter utilisé pour la stimulation d´essai peut faire l´objet d´une intervention de l´assurance obligatoire après notification

par le médecin-spécialiste au médecin-conseil pour autant que les résultats de la stimulation d´essai effectuée durant au moins vingt-huit jours se soient révélés négatifs et que tous les autres critères de remboursement repris aux points 1. et 2. susvisés soient réalisés.

4.2. Remplacement

Pour les prestations 150850-150861, 150916-150920, 150953-150964 :

Les prestations ne peuvent faire l´objet d´une intervention de l´assurance obligatoire qu´après notification du remplacement au médecin-conseil, sur la base du formulaire B-Form-I-01 (Partie 2), pour autant que la première implantation ait fait l'objet d'un accord du médecin-conseil. En cas de remplacement d'une pompe n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150872-150883 ou 150931-150942 pour un remplacement prématuré, c´est-à-dire avant le délai de trois ans repris au point 5.1., peut être accordée par le médecin conseil sur base d´un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré de la pompe.

Une intervention de l´assurance obligatoire (prestations 150872-150883 ou 150931-150942), dans le délai de trois ans, pour le remplacement prématuré d´une pompe programmable (150835-150846 ou 150850-150861) par une pompe à débit constant (150894-150905 ou 150916-150920), et inversement, peut être accordée par le médecin-conseil sur base d´un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 exclut, pendant une période de six mois prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920 ou 150931-150942 et inversement.

Pour les patients cumulant un neurostimulateur et une pompe, cette règle ne s'applique pas pour le remplacement, endéans la période de 6 mois, du dispositif préalablement implanté et visé par ces prestations.

Une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 150850-150861 ou 150916-150920 ne peut être accordée qu´après un délai de trois ans à compter à partir de la date de l´implantation de la prestation 150835-150846 ou 150894-150905 ou 150850-150861 ou 150872-150883 ou 150916-150920 ou 150931-150942.

Une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861 ou 150872-150883 exclut, pendant une période de trois ans, une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 150894-150905, 150916-150920 ou 150931-150942, et inversement.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174532-174543 exclut, pendant une période d'un an prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 et inversement. Pour les bénéficiaires cumulant un neurostimulateur et une pompe, cette règle ne s'applique pas pour le remplacement, endéans la période de 6 mois, du dispositif préalablement implanté et visé par ces prestations.

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.

B-§11 Prestations liées	
173014	173025
173036	173040
173051	173062
173073	173084
173095	173106
173110	173121
173132	173143
173176	173180
173191	173202
173250	173261
173294	173305
173316	173320
173375	173386
173390	173401
173412	173423
173434	173445
173456	173460
173471	173482
173493	173504
173515	173526
173530	173541
183654	183665
183676	183680
183691	183702
183713	183724
183735	183746
183750	183761
183772	183783
183794	183805
183816	183820
183831	183842
183853	183864
183875	183886
183890	183901
183912	183923
183934	183945
183956	183960
183971	183982

Afin de pouvoir bénéficier d’une intervention de l’assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 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. L'établissement hospitalier doit garantir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

L'établissement hospitalier, dans lequel se déroulent la pose de l'indication et l'implantation, dispose d'une équipe TOC composée d'au moins 1 neurochirurgien et d'au moins 2 psychiatres.

L'équipe multidisciplinaire doit disposer d'une expérience tant sur le plan chirurgical, y compris concernant la stimulation cérébrale profonde, que psychiatrique pour le traitement des troubles obsessionnels compulsifs.

L'expertise des psychiatres doit être démontrée par la mise à disposition d'un aperçu des publications scientifiques dans des revues peer-reviewed, des lectures lors de congrès ou des preuves de la participation à des formations pertinentes qui démontrent l'expertise dans le domaine de la prise en charge de patient avec des TOC.

Bien que ces médecins spécialistes puissent travailler dans plusieurs établissement hospitaliers, ils ne peuvent faire partie que d'une seule équipe TOC.

1.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire B-Form-II-03 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

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 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 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 B-Form-II-03 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire B-Form-II-03 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Critères d'inclusion

1. Le tableau clinique du bénéficiaire doit répondre aux TOC selon les critères DSM-5 et cela doit être le diagnostic principal.

2. Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation.

3. Seuls les bénéficiaires clairement capables, de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cette déclaration doit expliquer de manière détaillée les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial.

Le bénéficiaire s'engage également à un follow-up post-opératoire. Pendant et après l'implantation, les bénéficiaires doivent être évalués et conservent le droit de se retirer à tout moment de la procédure complète. L'intervention ne vise qu'à diminuer les symptômes TOC du bénéficiaire et par conséquent améliorer la qualité de vie du bénéficiaire et ne peut jamais être utilisé à des fins politiques, sociales ou dans le cadre d'obligations légales.

4. Le questionnaire validé standardisé/l'interview doit démontrer que le bénéficiaire satisfait aux critères de trouble obsessionnel compulsif. Toutes les obsessions et compulsions présentes sont répertoriées sur la Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), et les bénéficiaires doivent obtenir un score minimum de 30/40 en ce qui concerne la gravité si on constate la présence d'obsessions et de compulsions, et un score de 18/20 minimum si seule la présence d'obsessions ou de compulsions est constatée. En ce qui concerne le fonctionnement, le "Global Assessment of Functioning" (GAF) ne peut obtenir qu'un score de 45 maximum.

Ces scores sont obtenus après échec des traitements repris au point 6) et de la psychothérapie comportementale décrite au point 7).

Il y a lieu d'effectuer une analyse approfondie par des tests neuropsychologiques afin de bien déterminer la pathologie.

5. Le bénéficiaire doit souffrir de ce trouble depuis 5 ans minimum, les obsessions ou compulsions n'ont pas pu être contrôlées suffisamment par un traitement optimal (cfr point 6) et 7)) et l'équipe TOC estime que le pronostic est négatif sans intervention.

6. Le bénéficiaire doit avoir été traité par un traitement pharmacologique optimal. Le bénéficiaire doit avoir été traité au minimum avec tous les traitements suivants:

a) minimum 2 SSRI's différents, à chaque fois avec la dose thérapeutique maximale durant au moins 12 semaines et

b) clomipramine à une dose thérapeutique maximale durant 12 semaines et

c) d'autres stratégies pharmacologiques comme exigé dans les recommandations EBM (evidence based medicine) en vigueur

et ce, sans résultats satisfaisants.

7. Le bénéficiaire doit être traité par une psychothérapie comportementale, menée par un thérapeute ayant une formation et expérience en thérapie cognitivo-comportementale (TCC) consistant en une exposition in vivo avec prévention de la réponse et avoir reçu une thérapie cognitive intensive suffisante d'au moins 25 séances dans une période de 12 mois; et ceci sans résultats suffisants.

2.2. Critères d'exclusion

1. Affection neurologique ou médicale grave démontrable, ou affection du cerveau organique qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.

2. Toute contre-indication chirurgicale pour subir une stimulation cérébrale profonde, y compris les contre-indications connues pour la stimulation cérébrale profonde et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,…).

3. Délirium ou des épisodes aigus mixte/psychotique/(hypo)maniaques selon la DSM-5.

4. Désir suicidaire actif

5. Problématique chronique psychotique qui n'est pas stabilisé sous traitement.

6. Troubles liés à un produit pour lesquels un usage correct de l'appareil ou pour lesquels un follow-up médical/psychiatrique systématique n'est pas possible.

7. Démence ou trouble amnésique (persistant) ou trouble cognitif NS (non-spécifié) selon DSM-5.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-

183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire.

Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, au moyen d'une ou plusieurs extensions si nécessaire.

La neurostimulation consiste en une stimulation électrique tonique réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La stimulation électrique n'excède pas 300 Hz.

3.2. Critères

Tout nouveau dispositif ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1., doit faire l'objet d'une demande de modification de la Liste.

Pour toute nouvelle inscription sur la liste nominative, le demandeur doit démontrer que le système de neurostimulation correspond à la définition reprise au point 3.1. et prouver que les seuls modes de programmation de la stimulation accessibles au bénéficiaire et à l'équipe TOC responsable de l'implantation, seront ceux déjà pris en charge par l'assurance obligatoire.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Neurostimulateurs non-rechargeables :

Une garantie totale de 24 mois doit être donnée pour les neurostimulateurs non-rechargeables.

- Neurostimulateurs rechargeables:

Une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata.

Pour le chargeur 173515-173526, 173530-173541, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982, une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173132-173143, 173250-173261, 173375-173386, 173434-173445, 173471-173482, 173515-173526, 183654-183665, 183676-183680, 183772-183783, 183831-183842, 183875-183886 et 183912-183923 se déroule comme suit:

La demande d'intervention pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173132-173143, 173250-173261, 173375-173386, 173434-173445, 173471-173482, 173515-173526, 183654-183665, 183676-183680, 183772-183783, 183831-183842, 183875-183886 et 183912-183923 est introduite avant implantation par l'équipe TOC sur base du formulaire B-Form-I-10 au Collège des médecins-directeurs.

En sus de la motivation du centre qui introduit le dossier, le dossier doit obligatoirement comprendre la déclaration de consentement éclairé et un second avis psychiatrique, sous forme d'un rapport médical circonstancié établi lors d'une consultation avec le bénéficiaire, d'un service psychiatrique autre que celui du centre où se déroulera l'implantation. Cet autre service psychiatrique doit faire partie d'un établissement hospitalier qui doit également avoir une expertise dans les domaines de la stimulation cérébrale profonde et des TOC. La preuve de cette expertise peut en tout temps être demandée.

Le Collège des médecins-directeurs peut encore sur sa propre initiative demander un troisième avis.

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire sur base de l'avis remis par la Commission Peer Review et ce, pour chaque bénéficiaire individuellement.

Les membres de la Commission Peer Review sont des représentants du Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, en particulier sa section "Commission belge de Neurochirurgie pour affections psychiatriques" et des équipes pluridisciplinaires TOC.

Les représentants de la Commission belge de neurochirurgie pour affections psychiatriques se compose au moins de psychiatres et de neurochirurgiens et d'un éthicien de différents centres répartis sur l'ensemble du pays.

La Commission Peer Review est tenue d'examiner la demande de l'équipe TOC dans les 6 mois.

La Commission Peer Review avertit l'équipe TOC qui a introduit la demande afin de lui permettre de la défendre.

Au cours de la discussion portant sur les dossiers relatifs au remboursement de la neurostimulation, un membre du Collège des médecins-directeurs ou un médecin, membre de la CRIDMI, peut toujours être présent.

Minimum 4 membres dont minimum 2 psychiatres de la Commission Peer Review doivent donner leur accord.

Pour ce faire, la Commission Peer Review envoie sa conclusion argumentée (accord-refus-report) au Collège.

Le Collège communique sa décision motivée dans les 30 jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review.

Cette décision est communiquée à l'équipe TOC concernée, aux bénéficiaires concernés via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

En l'absence d'un marquage C.E. dans cette indication, les neurostimulateurs, les électrodes et les extensions ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au Collège des médecins-directeurs.

Dans ce cas, les prestations 173250-173261, 183654-183665, 183676-183680, 183772-183783, 183831-183842, 183875-183886 et 183912-183923 doivent être attestées.

4.2. Remplacement

Dans le cas d'un remplacement d'un dispositif qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, la demande pour les prestations 173051-173062, 173095-173106, 173176-173180, 173294-173305, 173390-173401, 173456-173460, 173493-173504, 173530-173541, 183691-183702, 183735-183746, 183794-183805, 183853-183864, 183890-183901 et 183934-183945 peut être introduite par l'équipe TOC après implantation au Collège des médecins-directeurs au moyen du formulaire de demande B-Form-I-11.

La demande contient aussi un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement et elle doit être envoyée au Collège des médecins-directeurs.

En l'absence d'un marquage C.E. dans cette indication, les neurostimulateurs, les électrodes et les extensions ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au collège des médecins-directeurs.

Dans ce cas, les prestations 173294-173305, 183691-183702, 183735-183746, 183794-183805, 183853-183864, 183890-183901 et 183934-183945 doivent être attestées.

4.3. Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 173073-173084 ou 173110-173121 ou 173191-173202 ou 173316-173320 ou 183713-183724 ou 183750-183761 ou 183956-183960 ou 183971-183982 pour un remplacement anticipé peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

En l'absence d'un marquage C.E. dans cette indication, les neurostimulateurs, les électrodes et les extensions ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au collège des médecins-directeurs.

Dans ce cas, les prestations 173316-173320, 183713-183724, 183750-183761 et 183956-183960 doivent être attestées.

4.4 Dérogation à la procédure

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de ce remboursement et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 2, un remboursement pour le renouvellement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 4.1.

Dans ce cas particulier, l'équipe TOC fait parvenir un dossier de demande de remboursement pour un renouvellement au Collège des médecins-directeurs.

Ce dossier comprendra les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de

remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement.

Le Collège prendra la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement sur la base de l'avis de la Commission Peer Review.

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

5.2. Autres règles

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173051-173062, 173095-173106, 183691-183702 et 183735-183746 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746 ou 183750-183761.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173176-173180 et 173294-173305 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305 ou 173316-173320.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173530-173541 et 183934-183945 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173515-173526, 173530-173541, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 ou 183971-183982.

5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pour au plus tard le 1er décembre 2024, les membres de la peer review doivent rédiger un rapport et le transmettre à la Commission. Le rapport doit contenir au moins les éléments suivants :

- Etat des lieux de la stimulation cérébrale profonde en cas de TOC ;
- Analyse des nouvelles alternatives.

7. Divers

La Commission peut, en tout temps, demander à la Commission Peer Review une évaluation avec rapport.

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

B-§12	
Prestations liées	
173552	173563
173574	173585
173596	173600
173611	173622
173633	173644
173655	173666
173670	173681
173692	173703
173714	173725
173736	173740
173751	173762
173773	173784
173795	173806
173810	173821
173832	173843
173854	173865
173876	173880
173891	173902

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde (Deep Brain Stimulation ou DBS) en cas de mouvements anormaux, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843, 173876-173880, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865, 173891-173902 et 173773-173784 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. L'établissement hospitalier doit garantir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

L'établissement hospitalier doit disposer d'une équipe « mouvements anormaux » (EMA) composée d'au moins :

a) deux médecins spécialistes en neurochirurgie (ETP) ;

b) deux médecins spécialistes en neurologie (ETP) ;

chacun disposant d'une expertise théorique et clinique ainsi que d'une expérience en matière de DBS (les deux collaborant avec une équipe de neurologues et de neurochirurgiens liée à l'établissement hospitalier) ;

c) un (ou plusieurs) psychologue(s) compétent(s) en matière d'évaluation neuropsychologique et familiarisé(s) avec l'approche du groupe cible des bénéficiaires concernés, y compris la comorbidité neurologique et psychique fréquemment associée ;

d) le personnel nécessaire et formé pour régler le dispositif et instruire le bénéficiaire et son entourage en la matière.

La pose d'indication DBS est faite lors d'une réunion de l'EMA à laquelle au moins les médecins spécialistes en neurochirurgie, les médecins spécialistes en neurologie et le psychologue susmentionnés participent.

1.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire B-Form-II-04 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843, 173876-173880, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865, 173891-173902 et 173773-173784 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

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 mentionnées ci-dessus 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, l'établissement hospitalier est supprimé de cette liste. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire B-Form-II-04 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire B-Form-II-04 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843, 173876-173880, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865, 173891-173902 et 173773-173784 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Critères d'inclusion

1) Bénéficiaires atteints de :

a) dystonie primaire, c'est-à-dire dont la dystonie ne fait pas suite à une affection évolutive et qui n'est pas accompagnée d'une autre pathologie cérébrale grave, et qui ne réagissent plus aux médicaments ;

b) tremblements secondaires qui ne réagissent plus aux médicaments, par exemple en cas de sclérose en plaques, tremblements post-traumatiques, … Ces tremblements doivent pouvoir être objectivés sur des échelles validées ;

c) PKAN (panthotenate kinase associated neurodegeneration) ;

d) dystonies dites secondaires, sans lésions pertinentes visibles à l'IRM qui agissent sur le système extra-pyramidal.

2) Seuls les bénéficiaires (ou éventuellement leur responsable légal) clairement capables, de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte.

Cette déclaration doit reprendre les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial et

l'obligation de suivi du traitement après implantation.

3) Le bénéficiaire a subi un examen neuropsychologique, au cours duquel ses fonctions cognitives ont été évaluées.

Au cours de cet examen neuropsychologique validé et détaillé (durée minimum de 45 minutes), les fonctions cognitives importantes affectées par le syndrome démentiel sont testées (selon DSM-5) : la mémoire, l'aptitude de langage, l'aptitude visuo-spatiale et les fonctions de l'attention et les aptitudes à l'exécution.

2.2. Critères d'exclusion

1) Affection neurologique ou médicale grave démontrable, ou affection du cerveau organique qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.

2) Toute contre-indication chirurgicale pour subir une DBS, y compris les contre-indications connues pour la DBS et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,…).

3) Démence.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843, 173876-173880, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865, 173891-173902 et 173773-173784 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire.

Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, et si nécessaire au moyen d'une ou plusieurs extensions.

Le programmateur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

La neurostimulation consiste en une stimulation électrique tonique réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La stimulation électrique n'excède pas 300 Hz.

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173670-173681, 173692-173703, 173714-173725, 173876-173880 et 173891-173902, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

a) Neurostimulateurs non-rechargeables :

Une garantie de vingt-quatre mois doit être donnée pour les neurostimulateurs non-rechargeables (end of life). En outre, une garantie totale (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de vingt-quatre mois.

b) Neurostimulateurs rechargeables:

Une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et une garantie au prorata pour les quatre années suivantes.

Pour le chargeur (173876-173880 et 173891-173902), une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 Première implantation

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843 et 173876-173880 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs avant implantation sur base d'une demande motivée introduite par un membre de l'EMA.

La demande doit comporter les éléments suivants :

a) le formulaire B-Form-I-13

b) la déclaration de consentement éclairé

c) l'enregistrement vidéo du bénéficiaire

Le Collège des médecins-directeurs soumet la demande pour avis à la Commission Peer Review, composée de membres désignés par la section Neurochirurgie Stéréotaxique et Fonctionnelle de la Société belge de neurochirurgie (ou "section BSSFN") , ainsi que des membres des équipes pluridisciplinaires de mouvements anormaux (EMA) et qui se réunit minimum 3 fois par an.

La Commission Peer Review, est alors tenue d'examiner la demande.

La Commission Peer Review avertit l'EMA de l'établissement hospitalier qui a introduit la demande afin de lui permettre de la défendre.

Au cours de la discussion portant sur les dossiers qui entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance, un membre du Collège des médecins-directeurs ou un médecin membre de la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs, peut toujours être présent.

Minimum 4 membres de la Commission Peer Review, issus de différentes EMA et dont au moins 1 neurologue ou 1 neurochirurgien, doivent donner leur avis.

Aucun de ces 4 membres ne peut appartenir à l'EMA qui a introduit la demande concernée.

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire sur la base de l'avis remis par la Commission Peer Review et ce, pour chaque bénéficiaire individuellement.

La Commission Peer Review envoie ses conclusions argumentées (avis positif /négatif/pas d'avis) au Collège des médecins-directeurs.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée à l'EMA concernée, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier dans les 30 jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review.

4.1.1. Électrode en cas de stimulation d'essai négative :

La prestation 173773-173784 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si :

- les résultats de la stimulation d'essai se sont révélés négatifs

et

- tous les autres critères de remboursement repris aux points 1 et 2 susvisés sont réalisés.

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative pour un remplacement d'un dispositif ayant déjà été remboursé par l'assurance obligatoire.

En cas de remplacement d'un dispositif qui n'a pas été remboursé par l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

Dans ce cas particulier, l'EMA fait parvenir un dossier de demande de remboursement pour un renouvellement au Collège des médecins-directeurs.

Cette demande doit comporter les éléments suivants :

a) les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement ;

b) un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ;

c) la justification du renouvellement.

4.3 Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire en cas de remplacement anticipé pour la prestation 173633-173644 ou 173655-173666 ou 173714-173725 peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

4.4. Suivi du traitement après implantation

Le bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703 ou 173714-173725 doit être évalué et suivi au moins une fois par année civile par l'EMA traitante afin de conserver une relation thérapeutique.

4.5. 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

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173596-173600, 173611-173622 et 173692-173703 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600 ou 173611-173622.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 173692-173703, 173596-173600 et 173611-173622 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173670-173681, 173692-173703 ou 173714-173725.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement B-§12 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 1.2., 4.1., 4.2. et 4.3. 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, alinéa 1, 1° et 2° de la loi.

Le traitement des données personnelles est effectué comme 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, 1°, 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

La Commission peut, en tout temps, demander à la Commission Peer Review une évaluation avec rapport. La nature de l’évaluation demandée est déterminée par la Commission.

B-§13 Prestations liées	
174532	174543
174554	174565
174576	174580
174591	174602
174613	174624
174635	174646
174650	174661

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale en cas de Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) des membres inférieurs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire ainsi que ses modalités concernant un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs, dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court du 01/12/2019 au 30/11/2024 (info : période de 5 ans). A l'issue de cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans l'établissement hospitalier qui répond aux critères suivants et qui a conclu la convention B-ACL-04 avec le Comité de l'assurance.

L'établissement hospitalier doit, durant la totalité de la durée de la convention, répondre aux critères ci-dessous :

2.1. Critères pour l'établissement hospitalier

1) L'intervention chirurgicale mentionnée en 3.2. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d'un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d'un médecin spécialiste en neurochirurgie et qui assure un service de garde permanent permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels du neurostimulateur.

2) L'établissement hospitalier doit disposer d'un Centre Multidisciplinaire de la Douleur reconnu (CMD) – reconnu par les autorités ayant la Santé publique dans leurs attributions.

3) L'équipe multidisciplinaire responsable de la pose de l'indication, du screening, de l'implantation et du suivi à long terme du traitement est composée d'un neurochirurgien, d'un anesthésiste algologue, un spécialiste en médecine physique et réadaptation, d'un psychologue de la douleur et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre algologue ou d'un neurologue.

2.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier qui répond aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur la base du formulaire B-Form-II-05.

Le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste des établissements hospitaliers.

3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

3.1. L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte.

Cet engagement doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement et du suivi obligatoire du traitement après implantation.

3.2. Indications

L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 doit être pratiquée pour le traitement d'un CRPS des membres inférieurs démontré qui répond aux critères de diagnostic de Budapest.

L'intensité de la douleur régionale est disproportionnée avec la cause qui la provoque, le bénéficiaire présente un symptôme dans au moins trois des quatre catégories (sensoriel, vasomoteur, sudomoteur/œdème et moteur/trophique), les troubles sont objectivables dans au moins deux des quatre catégories (sensoriel, vasomoteur, sudomoteur/œdème et moteur/trophique) et d'autres causes possibles de la douleur ont été exclus.

Le bénéficiaire présente une douleur intense (NRS supérieure à 4 - Numeric Rating Scale), qui n'a pas réagi ou insuffisamment aux traitements antérieurs consistant en au moins un traitement kinésithérapique actif et un traitement pharmacologique multimodal (axé sur les composants du tableau clinique du CRPS décrit ci-dessus) et invasif de la douleur ou dont ce traitement n'a pas été supporté par le bénéficiaire.

De plus, un soutien psychothérapeutique actif doit être instauré et sera poursuivi tout au long du traitement.

4. Critères concernant le dispositif

Les prestations 174532-174543, 174554-174565 et 174576-174580 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, au moyen d'une ou plusieurs extensions si nécessaire.

La neurostimulation tonique est réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La stimulation électrique ne consiste pas en un groupe d'impulsions se succédant rapidement, suivie d'une période sans impulsion, avant que le groupe d'impulsions soit répété.

4.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le système de stimulation DRG (électrode et neurostimulateur), en particulier les électrodes, doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'étude clinique contrôlée randomisée. Cette étude sera publiée dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement.

4.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 174532-174543, 174554-174565 et 174576-174580, une garantie de vingt-quatre mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs (end of life). En outre, une garantie totale (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de vingt-quatre mois.

5. Nombre de bénéficiaires

Pas d'application.

6. Procédure de demande et formulaires

L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après que le formulaire adéquat ait été dûment complété via le registre interactif en ligne. Toutes les demandes doivent être examinées et validées pendant une concertation algologique multidisciplinaire (CAM) pour ensuite être téléchargées dans le registre interactif.

À cette CAM doivent être présents au minimum l'anesthésiste algologue traitant, le psychologue de la douleur traitant, le neurochirurgien ou chirurgien orthopédiste traitant ayant une expérience particulière en chirurgie du dos et le spécialiste en médecine physique et réadaptation traitant.

Le médecin généraliste du bénéficiaire, le praticien de l'art infirmier spécialiste de la douleur et d'autres dispensateurs de soins peuvent également être présents à cette CAM.

Le médecin conseil, le psychiatre, l'assistant social, le pharmacologue clinicien ou tout autre personne concernée peuvent également participer à cette CAM.

Les modalités d'enregistrement et de validation des données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à la Belgian Pain Society, à BeWell Innovations, Healthdata et à la Commission, sont établies par le Service des Soins de Santé.

6.1 Première implantation

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174532-174543, 174591-174602 et 174650-174661 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement B-Form-I-17 ait été complété avant implantation, via le registre interactif.

La demande doit être envoyée via le registre interactif à l'Organe Consultatif National (OCN) avant la thérapie d'essai et après

cette thérapie d'essai.

Cette demande se fait en téléchargeant un rapport médical circonstancié qui doit être examiné et validé pendant une CAM. Le médecin-conseil reçoit ensuite une demande pour le bénéficiaire via le registre interactif.

Les membres de l'OCN se composent de représentants de la Belgian Pain Society (BPS), de la Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor pijnbestrijding (VAVP), du Groupe Régional Interdisciplinaire Douleur (GRID), de la Benelux Neuromodulation Society (BNS), de la Belgische vereniging voor stereotactische en functionele neurochirurgie (BSSFN) en de la Spine Society Belgium (SSBe). Le président est un membre de la BPS.

L'OCN se compose d'anesthésistes algologues (5), de psychologues de la douleur (2) et de neurochirurgiens ou chirurgiens orthopédistes ayant une expérience particulière en chirurgie du dos (3) et d'un algologue psychiatre ou d'un neuropsychiatre ou d'un neurologue ou d'un spécialiste en médecine physique et réadaptation qui travaillent dans une équipe algologique multidisciplinaire (EAM) ou un centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) répartis sur l'ensemble du pays.

Afin de se réunir valablement, au moins 6 membres doivent être présents, dont au moins 3 anesthésistes algologues, 1 psychologue de la douleur et 1 neurochirurgien ou chirurgien orthopédiste ayant une expérience particulière en chirurgie du dos.

L'OCN se réunit au moins 6 fois par an. Si nécessaire, le nombre de réunions peut toutefois être augmenté.

L'OCN doit examiner la demande du MPC dans les deux mois. L'OCN informe l'équipe algologique traitante de sorte qu'elle puisse la défendre. Pendant l'examen des dossiers qui entreraient en ligne de compte pour un remboursement de la neurostimulation, un ou plusieurs membres du Collège des médecins-directeurs ou un médecin-conseil, des médecins membres de la CRIDMI et des représentants de l'INAMI peuvent toujours être présents.

Au moins la moitié +1 des membres présents dont minimum 2 anesthésistes algologues et 1 psychologue de la douleur de l'OCN doivent donner un avis positif.

6.1.1. La demande avant la thérapie d'essai se fait en téléchargeant un rapport multidisciplinaire circonstancié validé au moyen du formulaire B-Form-I-17 partie A dans le registre interactif avec une notification automatique au médecin-conseil. Ce rapport multidisciplinaire renferme une analyse du bilan médical du syndrome de la douleur liés au CRPS ainsi que le bilan psychologique approfondi. Le rapport médical circonstancié est également validé et signé par le coordinateur médical du CMD.

Toutes les données de base du bilan médical et psychologique doivent être présentes sous forme originale et consultables à tout moment dans le registre interactif.

Le rapport multidisciplinaire circonstancié doit comporter au minimum les éléments suivants :

- les résultats du bilan médical avant la thérapie d'essai composé au moins des éléments suivants:

a) antécédents médicaux et chirurgicaux;

b) distribution anatomique de la douleur spontanée et/ou provoquée montre une distribution régionale claire dans les membres inférieurs ;

c) évaluation nociceptive clinique et objective démontrant la conformité aux critères de diagnostic du CRPS (critères de Budapest) et avec une description des symptômes et des troubles présents dans les catégories suivantes: sensoriel, vasomoteur, sudomoteur/œdème et moteur/trophique;

d) il est démontré que les douleurs du bénéficiaire sont réfractaires à un traitement multidisciplinaire intégré maximal (kinésithérapique actif, pharmacologique multimodal, interventionnel et psychologique);

e) le bénéficiaire présente sur une base journalière une intensité moyenne de la douleur supérieure à 4/10 (NRS > 4);

f) les éléments médicaux démontrent que le traitement de fond actuel résulte en une analgésie insuffisante et/ou un nombre trop important d'effets secondaires ;

g) les éléments médicaux fournis démontrent que d'autres causes de la douleur ont été recherchées et exclues.

- les résultats du bilan psychologique avant la thérapie d'essai (qui se compose d'au moins 2 consultations si le bénéficiaire n'était pas suivi auparavant au sein du CMD et dont les résultats sont reproduits dans un rapport psychologique séparé) contenant au moins les éléments suivants :

a) Exclusion de la présence éventuelle de red flags et identification de la présence éventuelle de yellow flags et de blue flags;

b) Symptom checklist (SCL-90 revised);

c) Pain Coping Inventory (PCI);

d) Illness Attitude Scale (IAS);

e) Attitude face à la réactivation ou la participation active au changement dans la situation de vie;

f) Evaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire pendant la durée de l'évaluation psychologique (entre les 2 moments de consultation):

i. Ressenti de la douleur et activités en tenant un carnet de bord (intensité de la douleur au moyen de la NRS au repos et en mouvement);

ii. Qualité du repos nocturne (NRS);

iii. Attitude face aux traitements médicaux, à la médication et à l'usage de médicaments (analgésiques) au moyen du score MQS.

Une évaluation psychiatrique n'est nécessaire que s'il est question de la présence de red flags et si nécessaire sur la base des résultats de l'évaluation psychologique.

Sur la base de cette évaluation du rapport multidisciplinaire circonstancié, l'OCN envoie sa conclusion argumentée (avis positif – avis négatif – report) via le registre interactif au médecin-conseil et au CMD concerné.

Le médecin-conseil prend la décision de poursuivre le traitement pour chaque bénéficiaire séparément.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les dix jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis de l'OCN. Cette décision est communiquée via le registre interactif au CMD concerné, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et à l'OCN.

L'avis de l'OCN est réputé accepté, sauf opposition du médecin-conseil dans le délai de dix jours ouvrables susmentionné.

6.1.2. La demande pour l'implantation définitive après la thérapie d'essai se fait en téléchargeant un rapport multidisciplinaire circonstancié validé au moyen du formulaire B-Form-I-17 partie B dans le registre interactif. Ce rapport multidisciplinaire renferme le bilan psychologique approfondi à la fin du traitement d'essai et les données objectives collectées pendant la thérapie d'essai. Le rapport circonstancié est également validé et signé par le coordinateur médical du CMD.

Le rapport circonstancié doit comporter au minimum les éléments suivants :

- les résultats d'une thérapie d'essai (au niveau du ganglion de la racine dorsale concernée) réalisée pendant une période de vingt-et-un jours au moins;

- l'évaluation de cette thérapie d'essai doit être faite selon des critères standardisés et est jugée en fonction des éléments suivants :

a) douleur - présentation quotidienne de la douleur ressentie au repos et en mouvement au moyen de la NRS pendant la durée complète de la période d'essai (enregistrement dans le registre interactif);

b) la mesure d'amélioration de l'état clinique du bénéficiaire au moyen du Global Perceived Effect (GPE-DV);

c) la Symptom Checklist (SCL-90 revised) comme mesure du fonctionnement psychique général du bénéficiaire ;

d) qualité du repos nocturne (NRS ou mesure télémétrique objective avec enregistrement quotidien dans le registre interactif);

e) évolution de l'usage de médicaments pendant le thérapie d'essai (score MQS);

f) évaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire, avec participation active au changement dans la situation de vie grâce à la fixation d'activités quotidiennes (au moyen de l'échelle de Katz et/ou la présentation télémétrique du niveau d'activité du bénéficiaire).

La thérapie d'essai peut être considérée comme positive après au moins vingt-et-un jours lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément :

- diminution d'au moins 50 % de la douleur (NRS au repos et en mouvement);

et

- amélioration significative de la qualité du repos nocturne tel que mesuré au moyen du score NRS quotidien pendant la durée de la période d'essai ou au moyen d'une mesure télémétrique objective;

et

- diminution du score MQS grâce à une diminution de la médication analgésique (réduction des doses, retour à des analgésiques mineurs ou suppression des analgésiques);

et

- au moins un score d'une nette amélioration et d'une grande satisfaction dans le questionnaire GPE-DV;

et

- une amélioration du sentiment de mal-être psycho-neuro-somatique général comme mesuré au moyen du questionnaire SCL 90 revised;

et

- une amélioration du statut fonctionnel global du bénéficiaire (au moyen de l'échelle de Katz et/ou au moyen d'un suivi télémétrique).

Sur la base de cette évaluation de la thérapie d'essai, l'OCN envoie sa conclusion argumentée (avis positif – avis négatif – report) via le registre interactif au médecin-conseil.

Le médecin-conseil prend la décision d'accorder une intervention de l'assurance obligatoire sur la base de l'avis de l'OCN et pour chaque bénéficiaire séparément.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis de l'OCN.

Cette décision est communiquée via le registre interactif à l'équipe algologique concernée, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur, au pharmacien hospitalier et à l'OCN.

Le formulaire B-Form-I-17 partie C doit être complété dans le registre interactif.

6.1.3. Pour la prestation 174650-174661 dans l'indication reprises sous 3. :

L'électrode utilisée pour la stimulation d'essai peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire après notification au médecin-conseil via le registre interactif pour autant :

- que les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins vingt-et-un jours se soient révélés négatifs ou après une interruption prématurée pour une raison médicale (infection, etc.) ;

- et que tous les autres critères de remboursement repris sous les points 2. et 3. susvisés soient réalisés.

6.2. Remplacement

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174554-174565, 174613-174624 et 174635-174646 pour un remplacement ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement B-Form-I-18 ait été complété avant implantation, via le registre interactif.

La demande doit être envoyée via le registre interactif à l'OCN. Cette demande se fait en téléchargeant un rapport médical circonstancié et les données de suivi du traitement qui doivent être examinés et validés pendant une concertation algologique multidisciplinaire. Le médecin-conseil reçoit ensuite une demande pour le bénéficiaire via le registre interactif.

Sur la base de cette évaluation, l'OCN envoie sa conclusion argumentée (avis positif – avis négatif – report) via le registre interactif au médecin-conseil du bénéficiaire.

Le médecin-conseil prend la décision d'accorder une intervention de l'assurance obligatoire sur la base de l'avis de l'OCN et pour chaque bénéficiaire séparément.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis de l'OCN. Cette décision est communiquée via le registre interactif au CMD concernée, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier et à l'OCN.

6.3 Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174576-174580 pour un remplacement anticipé, c'est-à-dire avant le délai de vingt-quatre mois pour les neurostimulateurs, peut être accordée selon les modalités prévues au point 6.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées. De plus, une note de crédit doit être jointe à la demande.

6.4. Suivi du traitement après implantation

Le bénéficiaire qui a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur depuis l'entrée en vigueur de la convention doit être évalué et suivi tous les 6 mois par l'équipe algologique multidisciplinaire traitante afin de conserver une relation thérapeutique.

Pour ce faire, le bénéficiaire doit signer au début de la procédure de demande un contrat de suivi avec le CMD traitant.

Le suivi du traitement du bénéficiaire est enregistré au moyen du formulaire B-Form-I-19 via le registre interactif.

6.5 Dérogation à la procédure

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la convention et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 3, une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 6.2.

7. Règles d'attestation

7.1 Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174532-174543 exclut, pendant une période d'un an prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 et inversement.

Pour les bénéficiaires cumulant un neurostimulateur et une pompe, cette règle ne s'applique pas pour le remplacement, endéans la période de 6 mois, du dispositif préalablement implanté et visé par ces prestations.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174532-174543 exclut une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174635-174646 et inversement.

7.2. Autres règles

Les prestations 174532-174543, 174554-174565 et 174576-174580 suivent les modalités de remboursement de la catégorie A.

Les prestations 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 suivent les modalités de remboursement de la catégorie E.

La prestation 174532-174543 ne peut être attestée qu'une seule fois.

En adhérant à la convention, l'établissement hospitalier s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coûts d'un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs qui n'est pas repris sur la liste nominative.

En adhérant à la convention, l'établissement hospitalier s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coûts d'un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs lors de l'implantation chez un bénéficiaire qui ne satisfait pas aux critères d'inclusion repris au point 3.

7.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

8. Engagements de l 'établissement hospitalier

8.1. L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de conserver scrupuleusement et intégralement les caractéristiques de référence (baseline) et les données relatives au suivi des bénéficiaires dans le cadre de la présente convention.

Les paramètres à enregistrer doivent permettre de faire une évaluation en vue de répondre aux questions de recherche définies au point 9.3 et de rédiger le rapport intermédiaire et final comme fixé aux points 9.2 et 9.3.

Cet enregistrement doit toujours contenir au minimum les critères qui ont conduit à opter pour un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs.

Un décès, une nouvelle hospitalisation en raison de douleurs ou des complications résultant du dispositif et survenant en-dehors des moments de suivi prévus doivent également être enregistrés dans le registre interactif au moyen du formulaire B-Form-I-19 et dans le dossier médical.

Lorsque la Commission constate, à l'occasion d'une recherche du service ou dans le rapport intermédiaire que, pour un établissement hospitalier adhérent, plus de 20% des suivis sont manquants ou incomplets, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement.

Le Service en informe l'établissement hospitalier. La suspension de l'intervention est levée lorsque les données de suivi sont correctement complétées endéans les trois mois après que l'établissement hospitalier ait été informé par le Service.

Quand l'établissement hospitalier n'atteint pas le pourcentage minimum exigé pour le suivi endéans les trois mois après qu'il ait été averti par le Service, la convention avec cet établissement hospitalier est résiliée. Le Service en informe la Commission et le Comité de l'Assurance.

Quand pour un établissement hospitalier adhérant à la convention, il est constaté pour la deuxième fois à l'occasion d'une recherche du service ou dans le du rapport intermédiaire que plus de 20% des données de suivi des bénéficiaires sont manquantes ou incomplètes, la convention avec cet établissement hospitalier est immédiatement suspendue d'office. Le Service en informe la Commission et la Comité de l'assurance.

Dès l'instant où il est constaté qu'un établissement hospitalier ne satisfait plus aux conditions visées au point 2.1., celui-ci perd le droit d'attester les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 pour les prestations effectuées pendant les trois mois qui suivent la date de la notification de cet avertissement. Durant cette période, l'établissement hospitalier peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, la convention avec cet établissement hospitalier est immédiatement résiliée. Le Service en informe la Commission et la Comité de l'assurance.

8.2. Communication de toute modification

Pendant tout la durée de la convention, les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui induisent qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 2, sont communiquées spontanément par le coordinateur du CMD au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles et par e-mail à implant@riziv-inami.fgov.be.

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

9. Analyse

9.1. L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la Commission Peer Review désignée par la BPS en concertation avec les établissements hospitaliers et les organismes assureurs qui ont signé la convention.

Cette Commission Peer Review est composée au minimum d'anesthésistes algologues, de psychologues de la douleur, de neurochirurgiens et d'un spécialiste en médecine physique et réadaptation d'établissements hospitaliers implanteurs et un membre de la BPS qui ne fait pas partie des établissements hospitaliers implanteurs.

Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

9.2. Analyse intermédiaire – Rapport

Après trente mois, la Commission peer-review présente avant le 31/05/2022, un rapport écrit intermédiaire à la Commission, basé sur les données collectées.

Le rapport comprend au minimum les données suivantes :

1) nombre de patients traités sous les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 par établissement hospitalier qui a adhéré à la convention ;

2) paramètres lors du suivi :

- localisation des électrodes (niveau du ganglion dorsal) et côté ;
- paramètres de stimulation et réglages du neurostimulateur ;

durée de vie du neurostimulateur ;

3) pourcentage d'explantation définitive ;

4) pourcentage de suivi annuel manquant et raison du manque de suivi, par établissement hospitalier.

Si ce rapport intermédiaire n'est pas communiqué à la date précitée, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut décider d'arrêter le remboursement du dispositif.

9.3. Analyse – Rapport final

Au plus tard le 31/05/2024 (date de fin moins 6 mois), la Commission de peer-review doit rédiger un rapport final sur la base des données collectées et le communiquer à la Commission.

Le rapport final doit répondre aux questions suivantes:

1. Quel est l'effet analgésique de la stimulation DRG (Dorsal Root Ganglion) à court et à long terme ?
2. Quel est l'effet de la stimulation DRG sur la revalidation fonctionnelle et la réintégration des patients ?

3. Quel est l'impact de la stimulation DRG sur les paramètres de qualité de vie (QoL - au moyen de l'enquête EQ-5D-5L) ?

4. Le dispositif peut-il être implanté sans risque de complications sérieuses et son utilisation est-elle sûre et fiable à long terme?

5. Le dispositif reste-t-il fonctionnel pendant plusieurs années sans l'apparition d'autres problèmes importants pour le bénéficiaire, tels que le déplacement des électrodes, une perte d'efficacité, des saignements ou une fibrose, etc ?

6. Quel est le rapport coût-efficacité de ce dispositif par rapport aux alternatives thérapeutiques?

Ce rapport final doit contenir au moins les éléments suivants :

1) Une revue systématique de la littérature au sujet de la stimulation DRG, accompagnée d'une discussion des publications identifiées et des différents dispositifs médicaux, en particulier une discussion des études cliniques. Cette revue systématique de la littérature doit être actuelle jusqu'à six mois avant la date de remise du rapport final.

2) Une analyse de la population des patients dans le registre interactif, portant au moins sur :

a. Les données démographiques ;

b. Un aperçu des critères qui ont mené à la décision de l'utilisation de l'implant ;

c. La sécurité liée à la procédure et succès;

d. Le nombre d'implantations par établissement hospitalier ;

e. Une discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec la littérature (études cliniques et registres).

3) Une analyse des données de suivi collectées. Cela comporte au minimum :

a. Les décès avec leurs causes ;

b. L'apparition de divers effets secondaires majeurs jusqu'à une année après l'implantation ou un suivi plus long, si disponible ;

c. Une discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec ceux de la littérature (études cliniques et registres).

4) Une analyse rétrospective des frais médicaux directs pendant un an avant l'implantation, pour l'implantation elle-même (consultation, tests diagnostiques et évaluation avant implantation, l'implantation et l'hospitalisation) et pour chaque année complète suivant l'implantation. Les frais suivants sont analysés :

a. Coûts liés à la procédure d'implantation

b. Coût de la prise en charge des principales complications aigues/péri- et post-procédurales;

c. Coût liés à la prise en charge des complications majeures post-procédurales et coûts associés aux révisions ;

d. Coûts liés à le ré-hospitalisation ;

e. Une discussion de cette analyse.

5) Une proposition détaillée relative aux indications et contre-indications pouvant être inscrites dans les conditions de remboursement. Chacune des indications proposées doit être motivée sur la base de la revue de littérature ou des résultats obtenus sous cette ACL.

6) Un examen de la plus-value thérapeutique, l'intérêt dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux, et la proportion entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique (efficience), de sorte que la Commission puisse proposer une réglementation définitive motivée au Ministre.

Les organismes assureurs fourniront les données demandées sous le point 4 du rapport final (une analyse rétrospective des frais médicaux directs) pour au plus tard 6 mois avant le rapport final afin que la Commission peer-review puisse effectuer l'analyse des coûts.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Ministre par l'intermédiaire de la Commission.

10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante

La convention entre en vigueur le 01/12/2019 et est valable jusqu'au 30/11/2024 (date de début + 5 ans) inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou par un établissement hospitalier, par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

La convention expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

11. Divers

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

B-§14	
Prestations liées	
184973	184984
184995	185006
185010	185021
185032	185043
185054	185065
185076	185080
185091	185102
185113	185124
185135	185146
185150	185161
185172	185183

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la neurostimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 et 185172-185183 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

L'indication doit être posée par une équipe multidisciplinaire d'un Centre Multidisciplinaire pour le traitement de la douleur chronique (CMD) reconnu par les autorités ayant la Santé publique dans leurs attributions.

Pour poser l'indication, l'équipe multidisciplinaire collabore avec un neurologue ayant une expertise approfondie du traitement de l'algie vasculaire de la face chronique.

L'expertise approfondie du neurologue dans le traitement de l'algie vasculaire de la face chronique doit être documentée au moment de la soumission de la candidature prévue au point 1.3, par :

a) Soit la preuve d'avoir été co-auteur d'au moins cinq publications scientifiques et/ou recommandations internationales sur le traitement l'algie vasculaire de la face au cours des 10 dernières années ;

b) Soit la preuve de responsabilité en tant qu'investigateur principal d'un centre ayant participé à une étude prospective multicentrique sur la neurostimulation invasive en cas d'algie vasculaire de la face ;

c) Soit la preuve de la réussite d'un Master complémentaire de spécialisation en céphalées, organisé par une université et de minimum 60 crédits ECTS.

Le neurologue ayant une expertise approfondie du traitement de l'algie vasculaire de la face chronique réfractaire peut appartenir à un établissement hospitalier différent du centre implanteur et peut collaborer avec des équipes multidisciplinaires de plusieurs CMDs.

1.2. Implantation et suivi

L'implantation et le suivi doivent être effectués dans un établissement hospitalier disposant d'un Centre Multidisciplinaire pour

le traitement de la douleur chronique (CMD) reconnu par les autorités ayant la Santé publique dans leurs attributions.

1.3. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut soumettre sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire B-Form-II-06 afin d'être repris sur la liste des établissements hospitaliers pouvant attester les prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 et 185172-185183 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Le neurologue visé au point 1.1 cosigne le formulaire B-Form-II-06 et confirme ainsi que le médecin en chef et la direction de l'établissement hospitalier dans lequel il travaille consentent à sa participation à l'équipe multidisciplinaire, même lorsque celle-ci est située dans un autre établissement hospitalier.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des neurologues et des établissements hospitaliers dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des neurologues et des établissements hospitaliers ;

les prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 et 185172-185183 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'inscription sur cette liste est reconduite 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 B-Form-II-06 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire B-Form-II-06 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 et 185172-185183 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur peuvent être pris en considération.

Le consentement éclairé signé par le bénéficiaire doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement proposé et du suivi obligatoire du traitement après implantation.

Le bénéficiaire qui est atteint d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire doit répondre aux caractéristiques suivantes :

a) Les crises d'algie vasculaire de la face répondent aux critères de l'ICHD ('International Classification of Headache Disorders') pour l'algie vasculaire de la face chronique (CCH)

b) Le bénéficiaire souffre d'au moins quatre crises d'algie vasculaire de la face chronique sévères par semaine documentées pendant au moins un mois à l'aide d'un journal qui, malgré des traitements préventifs ou symptomatiques, ont un impact sur la qualité de vie.

c) Le bénéficiaire est réfractaire à au moins trois traitements prophylactiques, dont le vérapamil, le lithium et soit le topiramate soit la gabapentine, à la dose la plus élevée possible et pendant une période suffisante pour en évaluer l'efficacité.

L'indication d'algie vasculaire de la face chronique réfractaire est confirmée par le neurologue ayant une expertise approfondie dans le traitement de l'algie vasculaire de la face chronique, visé au point 1.1, sur la base d'au moins une consultation avec ce neurologue dans les douze mois avant l'implantation.

Les deux situations suivantes entrent en ligne de compte pour l'implantation d'un neurostimulateur de remplacement rechargeable :

- les bénéficiaires chez qui un neurostimulateur a déjà été implanté sous la prestation 184973-184984 ou 184995-185006 et qui nécessitent un remplacement pour cause de « end of life » dans les deux ans suivant l'implantation.

OU

- les bénéficiaires chez qui un neurostimulateur rechargeable a déjà été implanté sous la prestation 185010-185021.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 et 185172-185183 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit pouvoir être relié physiquement à deux ou plusieurs électrodes, au moyen d'extensions si nécessaire.

Le programmateur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

3.2. Critères

L'électrode (prestations 185113-185124 et 185135-185146) doit être munie de crochets ou d'autres systèmes pour minimiser la migration.

Tout nouveau dispositif ayant des caractéristiques techniques de stimulation différentes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1., doit faire l'objet d'une demande de modification sur la Liste.

3.3. Conditions de garantie

3.3.1 Neurostimulateurs non rechargeables

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 184973-184984 et 184995-185006 une garantie totale est exigée pour une période de vingt-quatre mois.

3.3.2. Neurostimulateurs rechargeables

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 185010-185021 une garantie totale est exigée pour une période de neuf ans.

Pour le chargeur (185076-185080 et 185091-185102) une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Pas d'obligation administrative.

4.2. Remplacement

Les prestations 184995-185006, 185010-185021 et 185091-185102 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure

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 184973-184984 ne peut être attestées qu'une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire.

Si un neurostimulateur non rechargeable est remplacé par un neurostimulateur rechargeable, la prestation 185010-185021 doit être attestée.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

La Commission peut à tout moment demander à la "Belgian Headache Society" une analyse de la littérature récente relative à la neurostimulation des nerfs occipitaux pour les algies vasculaires de la face chroniques réfractaires.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement B-§14 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné au point 1.3., 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° 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, 1°, 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.

B-§15 Prestations liées	
185430	185441
185452	185463
185474	185485
185496	185500
185511	185522
185533	185544
185555	185566
185570	185581
185592	185603
185614	185625
185636	185640
185651	185662
185673	185684
185695	185706
185710	185721
185732	185743
185754	185765

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs en cas de douleur polyneuropathique réfractaire des membres inférieurs d'origine diabétique (Painful diabetic polyneuropathy ou PDPN) pour un bénéficiaire avec un syndrome douloureux neuropathique démontré, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 185430-185441, 185452-185463, 185474-185485, 185496-185500, 185511-185522, 185533-185544, 185555-185566, 185570-185581, 185592-185603, 185614-185625, 185636-185640, 185651-185662, 185673-185684, 185695-185706, 185710-185721, 185732-185743 et 185754-185765 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

L'indication doit être posée par une équipe algologique multidisciplinaire d'un Centre multidisciplinaire de traitement de la douleur chronique (CMD) reconnu par les autorités ayant la Santé publique dans leurs attributions.

Pour poser l'indication, l'équipe algologique multidisciplinaire se base notamment sur les données d'un médecin-spécialiste en endocrinologie-diabétologie qui travaille dans un établissement hospitalier inscrit sur la liste des établissements de rééducation Diabète (centres spécialisés – 786).

1.2. Implantation et suivi

L'implantation et le suivi doivent être effectués dans un établissement hospitalier disposant d'un Centre multidisciplinaire de traitement de la douleur chronique (CMD) reconnu par les autorités ayant la Santé publique dans leurs attributions.

L'établissement hospitalier dans lequel l'intervention a lieu, dispose d'un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d'un médecin spécialiste en neurochirurgie et doit garantir une permanence en neurochirurgie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels du neurostimulateur.

L'équipe multidisciplinaire responsable de la pose de l'indication, du screening, de l'implantation et du suivi à long terme du traitement est composée d'un neurochirurgien, d'un anesthésiste algologue, d'un psychologue de la douleur, d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre algologue ou d'un neurologue.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 185430-185441, 185452-185463, 185474-185485, 185496-185500, 185511-185522, 185533-185544, 185555-185566, 185570-185581, 185592-185603, 185614-185625, 185636-185640, 185651-185662, 185673-185684, 185695-185706, 185710-185721, 185732-185743 et 185754-185765 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Critères d'inclusion

2.1.1. L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires (ou éventuellement leur représentant légal) clairement capables de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cette déclaration doit reprendre les avantages et inconvénients du traitement, les risques et l'obligation de suivi après implantation.

2.1.2. Indications

1. Le bénéficiaire est suivi dans un établissement hospitalier inscrit sur la liste des établissements de rééducation Diabète (786).

ET

2. Le bénéficiaire est atteint d'une polyneuropathie diabétique douloureuse (PDPN) des membres inférieurs depuis au moins 12 mois.

ET

3. Le bénéficiaire est atteint de PDPN réfractaire :

a. Le bénéficiaire n'a pas de contrôle satisfaisant de la douleur avec un des traitements pharmacologiques systémiques et topiques conventionnels, administré seul ou en combinaison, à la dose maximale tolérée et pendant une période suffisante pour en évaluer l'efficacité.

et

b. Le bénéficiaire n'a pas de contrôle satisfaisant de la douleur avec des traitements non-invasifs conservateurs de la douleur administrés pendant une période suffisante pour en évaluer l'efficacité.

et

c. Un contrôle satisfaisant de la douleur n'a pas pu être obtenu lorsque le score d'intensité de la douleur est ≥ 5 sur l'échelle NRS.

ET

4. L'indication et la pertinence d'un traitement par stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière par rapport à d'autres alternatives telles que définies dans les revues systématiques de la littérature publiées les plus récentes, ont été

discutées et évaluées, préalablement à l'intervention, par l'équipe algologique multidisciplinaire.

ET

5. Le traitement est réalisé par stimulation électrique des cordons postérieurs de la moëlle épinière, après exclusion de toutes les autres cibles.

ET

6. Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans au moment de l'implantation.

Les deux situations suivantes entrent en ligne de compte pour l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable:

a) les bénéficiaires nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5V ou 4,7mA à l'issue de la phase de test de stimulation.

ou

b) les bénéficiaires chez qui un neurostimulateur prévu sous la prestation 185430-185441 ou 185452-185463 ou 185474-185485 ou 185496-185500 ou 185511-185522 ou 185533-185544 a déjà été implanté et qui nécessitent un remplacement pour « end of life » dans les deux ans suivant l'implantation.

2.2. Critères d'exclusion

Douleur polyneuropathique principalement dans les membres supérieurs.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 185430-185441, 185452-185463, 185474-185485, 185496-185500, 185511-185522, 185533-185544, 185555-185566, 185570-185581, 185592-185603, 185614-185625, 185636-185640, 185651-185662 et 185673-185684 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, et si nécessaire au moyen d'une ou plusieurs extensions.

Le programmateur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

3.3.1. Neurostimulateurs non rechargeables

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 185430-185441, 185452-185463, 185474-185485, 185496-185500, 185511-185522 et 185533-185544, une garantie totale est exigée pour une période de vingt-quatre mois.

3.3.2. Neurostimulateurs rechargeables

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 185555-185566, 185570-185581 et 185592-185603, une garantie de neuf ans doit être donnée : une garantie totale pour les cinq premières années et une garantie au prorata pour les quatre années suivantes.

Pour le chargeur (prestations 185651-185662 et 185673-185684), une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après que le formulaire B-Form-I-16 ait été complété via le registre interactif en ligne.

Le mode d'emploi reprenant la manière dont ces données sont enregistrées et validées ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises aux organismes assureurs, à BeWell Innovations, aux établissements hospitaliers implanteurs et à la Commission, est établi par la Commission et le Service des soins de santé.

Toutes les demandes doivent être examinées et validées pendant une concertation algologique multidisciplinaire (CAM) du CMD pour ensuite être téléchargées dans le registre interactif en ligne.

À cette CAM, doivent être présents au minimum l'anesthésiste algologue traitant, le neurochirurgien traitant, le psychologue de la douleur traitant et le neuropsychiatre ou psychiatre algologue ou neurologue traitant.

Le médecin-spécialiste en endocrinologie-diabétologie, le médecin généraliste du bénéficiaire, le praticien de l'art infirmier spécialiste de la douleur et d'autres dispensateurs de soins peuvent également être présents à cette CAM.

Le médecin conseil, le spécialiste en médecine physique et réadaptation, l'assistant social, le pharmacologue clinicien, ou tout autre personne concernée peuvent également participer à cette CAM.

4.1. Première implantation

4.1.1. Les prestations 185430-185441, 185452-185463, 185555-185566, 185614-185625, 185651-185662 et 185695-185706 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après que le formulaire B-Form-I-16 ait été complété dans le registre interactif en ligne, avec une notification automatique au médecin-conseil.

Une thérapie d'essai doit être réalisée pendant une période d'au moins dix jours. Cette thérapie d'essai est positive lorsque, après au moins dix jours, les conditions suivantes sont remplies simultanément :

Par rapport au bilan médical et au bilan psychologique réalisés avant la thérapie d'essai :

- Diminution d'au moins 50 % de la douleur (score NRS au repos et en mouvement). La diminution de 50% est calculée comme la différence entre le score NRS moyen sur une période de 7 jours consécutifs avant la thérapie d'essai et le score NRS moyen pendant la thérapie d'essai ;

et

- Amélioration de la qualité du repos nocturne mesurée au moyen du score NRS quotidien pendant la durée de la période d'essai ou au moyen d'une mesure télémétrique ;

et

- Une amélioration du sentiment de mal-être psycho-neuro-somatique général mesuré au moyen du questionnaire SCL-90 revised ;

et

- Diminution du score MQS grâce à une diminution de la médication analgésique (réduction des doses, retour à des analgésiques mineurs ou suppression de la médication) ;

et

- Une diminution de la sévérité de la douleur neuropathique mesurée au moyen du questionnaire NPS ;

et

- Une amélioration du statut fonctionnel global du bénéficiaire mesuré au moyen de l'échelle Katz et/ou d'un suivi télémétrique).

ET

Pendant la période d'essai :

- Au moins un score d'une nette amélioration (très grande amélioration ou grande amélioration) et d'une grande satisfaction (absolument satisfait ou très satisfait) dans le questionnaire GPE-DV.

4.1.2. La prestation 185430-185441, 185452-185463 ou 185555-185566 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 avant de débuter la thérapie d'essai via le registre interactif en ligne.

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

4.1.3. La prestation 185710-185721 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification au médecin-conseil via le registre interactif en ligne et pour autant :

a. que les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins dix jours se soient révélés négatifs ou après une interruption anticipée pour une raison médicale (infection, etc.) ;

et

b. qu'il soit satisfait aux critères mentionnés au point 4.1.1.

4.2. Remplacement

Les prestations 185474-185485 ou 185511-185522 ou 185570-185581 ou 185636-185640 ou 185673-185684 ou 185732-185743 ou 185754-185765 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil, avant implantation, sur base d'une demande motivée via le formulaire B-Form-I-16 complété dans le registre interactif en ligne.

La demande pour un remplacement doit être envoyée via le registre interactif en ligne à l'Organe Consultatif National (OCN).

Avant remplacement, une période sans stimulation d'une durée d'au moins dix jours doit être réalisée afin de démontrer qu'il y a une aggravation de la douleur après arrêt de la stimulation.

La période sans stimulation est positive lorsque, après au moins dix jours, les conditions suivantes sont remplies simultanément par rapport à la situation avant le démarrage de la période sans stimulation :

- Le bénéficiaire présente, sur une base journalière, une intensité moyenne de la douleur de minimum 5/10 (score NRS, pendant la durée de la période sans stimulation) ;

et

- Diminution de la qualité du repos nocturne mesuré au moyen du score NRS quotidien pendant la durée de la période sans stimulation ou au moyen d'une mesure télémétrique ;

et

- Augmentation du score MQS en raison d'une augmentation de la médication analgésique (augmentation des doses, passage à des analgésiques majeurs ou retour de la médication analgésique) ;

et

- Une augmentation de la sévérité de la douleur neuropathique mesurée au moyen du questionnaire NPS ;

et

- Une détérioration du statut fonctionnel global du bénéficiaire mesuré au moyen de l'échelle Katz et/ou d'un suivi télémétrique.

Le médecin-conseil prend la décision d'accorder une intervention de l'assurance obligatoire sur la base de l'avis de l'OCN et pour chaque bénéficiaire séparément.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée via le registre interactif en ligne au pharmacien hospitalier, à l'équipe algologique concernée et au bénéficiaire concerné via son organisme assureur, endéans les trente jours ouvrables suivant la réception de l'avis de l'OCN.

L'avis de l'OCN est réputé accepté, sauf opposition du médecin-conseil dans le délai de trente jours ouvrables susmentionné.

L'OCN est composé de membres désignés par la Belgian Pain Society (BPS), de la Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor pijnbestrijding (VAVP), du Groupe Régional Interdisciplinaire Douleur (GRID), de la Benelux Neuromodulation Society (BNS), de la Belgische vereniging voor stereotactische en functionele neurochirurgie (BSSFN) en de la Spine Society Belgium (SSBe). Le président est un membre de la BPS.

L'OCN se compose d'au moins 5 anesthésistes algologues, 2 psychologues de la douleur, 3 neurochirurgiens et 1 psychiatre algologue ou neuropsychiatre ou neurologue qui travaillent dans une équipe algologique multidisciplinaire (EAM) ou un centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) répartis sur l'ensemble du pays. Afin de se réunir valablement, au moins 6 membres

doivent être présents, dont au moins 3 anesthésistes algologues, 1 psychologue de la douleur et 1 neurochirurgien.

L'OCN se réunit au moins 6 fois par an. Si nécessaire, le nombre de réunions peut toutefois être augmenté.

L'OCN doit examiner la demande du CMD dans les deux mois. L'OCN informe l'équipe algologique traitante de sorte qu'elle puisse la défendre. Le médecin-spécialiste en endocrinologie-diabétologie peut être présent pendant l'examen du dossier.

Pendant l'examen des dossiers, un médecin-conseil, des médecins membres de la Commission et des représentants de l'INAMI peuvent toujours être présents.

Au moins la moitié des membres présents +1 dont minimum 2 anesthésistes algologues et 1 psychologue de la douleur de l'OCN doivent marquer leur accord.

À cet effet, l'OCN envoie sa conclusion argumentée (accord – refus – report) via le registre interactif en ligne au médecin-conseil.

4.3. Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 185496-185500 ou 185533-185544 pour un remplacement anticipé, c'est-à-dire avant le délai de vingt-quatre mois pour les neurostimulateurs non-rechargeables peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

Une intervention de l'assurance obligatoire, dans le délai de neuf ans, pour le remplacement anticipé d'un neurostimulateur rechargeable (prestation 185592-185603) peut être autorisée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

4.4. Suivi du traitement après implantation

Le bénéficiaire qui bénéficie d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur doit être évalué et suivi au moins deux fois par année civile par l'équipe algologique multidisciplinaire traitante afin de conserver une relation thérapeutique.

Pour ce faire, le bénéficiaire doit signer au début de la procédure de demande un contrat de suivi avec le CMD traitant.

Pour le suivi du traitement du bénéficiaire, les données mentionnées dans le formulaire B-Form-I-16 doivent être enregistrées dans le registre interactif en ligne.

4.5. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 185555-185566, 185570-185581 ou 185592-185603 exclut, pendant une période de neuf ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 185430-185441, 185452-185463, 185474-185485, 185496-185500, 185511-185522, 185533-185544 et 185570-185581.

5.2 Autres règles

5.2.1. Les prestations 185430-185441, 185452-185463 et 185555-185566 ne peuvent être attestées qu'une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire.

5.2.2. Nombre annuel de remboursement au niveau national

Le nombre de remboursements par l'assurance obligatoire de la prestation 185430-185441, 185452-185463 ou 185555-185566 est limité à 25 par année civile.

5.2.3. Mesures transitoires

Pour l'année de l'entrée en vigueur, le nombre d'interventions pour la prestation 185430-185441, 185452-185463 ou 185555-185566 sera déterminé 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

Pas d'application.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement B-§15 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné au point 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, alinéa 1er, 1°, 2°, 3° et 4° de la loi.

Le traitement des données personnelles est effectué comme mentionné à l'art. 35 septies/10, 1°, 2° et 3° 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

La Commission peut, en tout temps, demander à l'OCN une évaluation avec rapport. La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2024

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2024

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/10/2023

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2024

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2024

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 : 1/11/2024 Date première publication : 1/01/2024

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.1.2 Prothèse pour audition réduite

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153134 - 153145 Implant pour reconstruction totale de la chaîne ossiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*327,19 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*327,19 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153156 - 153160 Implant pour reconstruction partielle de la chaîne ossiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*327,19 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*327,19 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153171 - 153182 Piston

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*89,23 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*89,23 €*

C.1.4 Implant de l'oreille moyenne

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/09/2015

172351 - 172362 Remplacement du processeur vocal d'un implant actif de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 35001

Base de remboursement	*2.384,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2.861,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*476,84 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.384,21 €*

Conditions de remboursement : *C-§09*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/09/2015

172373 - 172384 Remplacement de la partie à implanter d'un implant actif de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31303

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*5.858,61 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

C. Oto-rhino-laryngologie

Conditions de remboursement : *C-§09*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2020

181274 - 181285 Partie implantable d'un implant actif de l'oreille moyenne, dans le cas d'une perte auditive de perception

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31304

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.369,63 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§09*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2020

181296 - 181300 Partie implantable d'un implant actif de l'oreille moyenne, dans le cas d'une perte auditive mixte

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31305

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.369,63 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§09*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2020

181311 - 181322 Partie implantable d'un implant actif de l'oreille moyenne, dans le cas d'une perte auditive de transmission

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31306

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.369,63 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§09*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2020

181333 - 181344 Processeur vocal d'un implant actif de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31307

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§09*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2020

181355 - 181366 Remplacement anticipé du processeur vocal d'un implant actif de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	35002
Base de remboursement	*2.384,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2.861,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*476,84 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.384,21 €*

Conditions de remboursement : *C-§09*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2020

181370 - 181381 Remplacement anticipé de la partie à implanter d'un implant actif de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31308
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*5.858,61 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§09*

C.1.5 Systèmes à conduction osseuse

C.1.5.1 Systèmes passifs

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

153193 - 153204 Implants utilisés lors du placement d'une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l'os temporal, premier point de fixation, y compris tous les accessoires et le foret

Catégorie de remboursement :	I.D.a				
Base de remboursement	*1.128,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.128,34 €*

Conditions de remboursement : *C-§02*

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

153215 - 153226 Implants utilisés lors du placement d'une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l'os temporal, deuxième point de fixation (dormant), y compris tous les accessoires et le foret

Catégorie de remboursement :	I.D.a				
Base de remboursement	*317,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*317,28 €*

Conditions de remboursement : *C-§02*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

153230 - 153241 Remplacement du dispositif de fixation (abutment) pour BAHA

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*906,24 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*906,24 €*

C.1.5.2 Systèmes actifs

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186513 - 186524 Partie implantable d'un système actif transcutané à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 40201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.700,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§12*

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186535 - 186546 Partie implantable d'un système actif transcutané à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique, y compris tous les éléments de fixation, en cas de remplacement

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 40201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.700,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§12*

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186550 - 186561 Partie implantable d'un système actif transcutané à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique, y compris tous les éléments de fixation, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 40201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.700,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§12*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186572 - 186583 Processeur de son d'un système actif transcutané à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	40301
Base de remboursement	*2.384,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2.861,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*476,84 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.384,21 €*

Conditions de remboursement : *C-§12*

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186594 - 186605 Processeur de son d'un système actif transcutané à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	40301
Base de remboursement	*2.384,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2.861,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*476,84 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.384,21 €*

Conditions de remboursement : *C-§12*

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186616 - 186620 Processeur de son d' un système actif transcutané à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	40301
Base de remboursement	*2.384,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2.861,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*476,84 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.384,21 €*

Conditions de remboursement : *C-§12*

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186631 - 186642 Processeur de son d'un système actif transcutané à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	40301
Base de remboursement	*2.384,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2.861,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*476,84 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.384,21 €*

Conditions de remboursement : *C-§12*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186653 - 186664 Processeur de son d'un système actif transcutané à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	40301
Base de remboursement	*2.384,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2.861,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*476,84 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.384,21 €*

Conditions de remboursement : *C-§12*

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186675 - 186686 Processeur de son d'un système actif transcutané à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	40301
Base de remboursement	*2.384,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2.861,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*476,84 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.384,21 €*

Conditions de remboursement : *C-§12*

C.2 Intervention sur le nez

C.2.1 Matériel utilisé lors d'une chirurgie du sinus

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153252 - 153263 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 255872 - 255883 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	II.D.d				
Base de remboursement	*122,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*67,54 €*
				Montant du remboursement	*55,26 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153274 - 153285 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 255894 - 255905 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	II.D.d				
Base de remboursement	*122,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*67,54 €*
				Montant du remboursement	*55,26 €*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153296 - 153300 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254752-254763 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*122,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*67,54 €*
				Montant du remboursement	*55,26 €*

Conditions de remboursement : *C-§03*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153311 - 153322 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254774-254785 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*122,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*67,54 €*
				Montant du remboursement	*55,26 €*

Conditions de remboursement : *C-§03*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153333 - 153344 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254796-254800 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*122,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*67,54 €*
				Montant du remboursement	*55,26 €*

Conditions de remboursement : *C-§03*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153355 - 153366 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254811-254822 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*122,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*67,54 €*
				Montant du remboursement	*55,26 €*

Conditions de remboursement : *C-§03*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153370 - 153381 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254833-254844 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*146,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*80,48 €*
				Montant du remboursement	*65,86 €*

Conditions de remboursement : *C-§03*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153392 - 153403 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254855-254866 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*146,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*80,48 €*
				Montant du remboursement	*65,86 €*

Conditions de remboursement : *C-§03*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153414 - 153425 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258753-258764 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*176,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*96,80 €*
				Montant du remboursement	*79,21 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153436 - 153440 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 245055-245066 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*194,44 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*106,94 €*
				Montant du remboursement	*87,50 €*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153451 - 153462 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254870-254881 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*249,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*137,33 €*
				Montant du remboursement	*112,37 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153473 - 153484 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254892-254903 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*245,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*135,08 €*
				Montant du remboursement	*110,52 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153495 - 153506 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254914-254925 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*122,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*67,54 €*
				Montant du remboursement	*55,26 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153510 - 153521 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254936-254940 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*137,12 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*75,41 €*
				Montant du remboursement	*61,71 €*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153532 - 153543 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258635-258646 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*22,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*12,38 €*
				Montant du remboursement	*10,13 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153554 - 153565 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258650-258661 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*32,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*18,01 €*
				Montant du remboursement	*14,74 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153576 - 153580 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258672-258683 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*32,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*18,01 €*
				Montant du remboursement	*14,74 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153591 - 153602 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258731-258742 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*22,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*12,38 €*
				Montant du remboursement	*10,13 €*

C. Oto-rhino-laryngologie

C.3 Intervention sur le larynx/la trachée

C.3.1 Prothèse de la parole et accessoires

Date dernière modification : 1/03/2019 Date première publication : 1/07/2014

153613 - 153624 Prothèse de la parole amovible pour shunt trachéo-oesophagien fixée sur un anneau - support à usage unique et collé à la peau : valve de type basse pression

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*34,71 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*34,71 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*34,71 €*

Conditions de remboursement : *C-§04*

Date dernière modification : 1/03/2019 Date première publication : 1/07/2014

153635 - 153646 Prothèse de la parole pour placement permanent dans un shunt trachéo-oesophagien

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*184,42 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*184,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*184,42 €*

Conditions de remboursement : *C-§04*

Date dernière modification : 1/03/2019 Date première publication : 1/07/2014

153650 - 153661 Valve trachéotomique en combinaison avec une prothèse de la parole (forfait pour petits disques, valve, matériel adhésif et diaphragme)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*232,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*232,01 €*

Conditions de remboursement : *C-§04*

Date dernière modification : 1/03/2019 Date première publication : 1/07/2014

153672 - 153683 Filtre externe pour humidificateur trachéal

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*118,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*118,98 €*

Conditions de remboursement : *C-§04*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/03/2019 Date première publication : 1/07/2014

153694 - 153705 Filtres externes et adhésifs pour l'humidificateur trachéal avec boîtier métallique prévu dans la prestation 153731-153742 ou 153753-153764

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*138,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*138,81 €*

Conditions de remboursement : *C-§04*

Date dernière modification : 1/03/2019 Date première publication : 1/07/2014

153716 - 153720 Embase en matière synthétique pour l'humidificateur trachéal avec boîtier métallique prévu dans la prestation 153731-153742 ou 153753-153764

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*69,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*69,40 €*

Conditions de remboursement : *C-§04*

Date dernière modification : 1/03/2019 Date première publication : 1/07/2014

153731 - 153742 Filtre et piège à sécrétions pour le soin d'une trachéostomie après laryngectomie sans implant phonatoire, montés dans un boîtier métallique (forfait pour embase, filtre, adhésif, piège à sécrétions et boîtier)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*680,18 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*680,18 €*

Conditions de remboursement : *C-§04*

Date dernière modification : 1/03/2019 Date première publication : 1/07/2014

153753 - 153764 Filtre et piège à sécrétions pour le soin d'une trachéostomie après laryngectomie avec implant phonatoire, montés dans un boîtier métallique (forfait pour embase, filtre, adhésif, piège à sécrétions et boîtier)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*900,29 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*900,29 €*

Conditions de remboursement : *C-§04*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/03/2019

180530 - 180541 Prothèse de la parole pour placement permanent dans un shunt trachéo-oesophagien pour les bénéficiaires ayant des fuites périprothétiques et/ou intra-prothétiques prématurées

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 37101

Base de remboursement	*1.106,50 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.106,50 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.106,50 €*

Conditions de remboursement : *C-§04*

C.3.2 Tissu synthétique

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153775 - 153786 Tissu synthétique utilisé lors d'une auto-transplantation trachéale pour le traitement d'un carcinome du larynx, par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*5,26 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*5,26 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5,26 €*

C.3.3 Tuteurs et canules

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153790 - 153801 Tube de laryngectomie, y compris les accessoires (cinq filtres), par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*104,11 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*104,11 €*

Conditions de remboursement : *C-§05*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153812 - 153823 Tuteur de stomie trachéale avec ailettes endotrachéales, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*178,47 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*178,47 €*

Conditions de remboursement : *C-§05*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153834 - 153845 Tuteur trachéal en forme de T, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*282,58 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*282,58 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153856 - 153860 Tube de dérivation salivaire, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*312,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*312,32 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153871 - 153882 Bouton de trachéotomie à l'exception du bouton laryngé pour patients laryngectomisés, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*54,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*54,54 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153893 - 153904 Canule trachéale comprenant une extension distale ou proximale, y compris les accessoires, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*81,86 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*20,46 €*
				Montant du remboursement	*61,40 €*

Conditions de remboursement : *C-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

- 153926 Une ou plusieurs canule(s) trachéale(s) en matière synthétique de taille identique, y compris les accessoires, quelque soit la technique de placement, pour l'ensemble du matériel

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*92,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*23,02 €*
				Montant du remboursement	*69,08 €*

C. Oto-rhino-laryngologie

Conditions de remboursement : *C-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153930 - Canule trachéale sans extension distale ou proximale : avec ou sans ballon, fenestrée ou non, armée ou non, y compris les accessoires (canule interne, brosse, obturateur, bouchon), par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*46,05 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*11,51 €*
				Montant du remboursement	*34,54 €*

Conditions de remboursement : *C-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

153952 - 153963 Canule trachéale en argent, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*307,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*76,75 €*
				Montant du remboursement	*230,26 €*

Conditions de remboursement : *C-§06*

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

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*

C.4 Intervention sur la thyroïde et les glandes parathyroïdes

C.4.1 Matériel pour (para)thyroidectomie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154114 - 154125 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257014-257025 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*377,62 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*377,62 €*

Conditions de remboursement : *C-§08*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154136 - 154140 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257014-257025 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*377,62 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*377,62 €*

Conditions de remboursement : *C-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154151 - 154162 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257036-257040 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*377,62 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*377,62 €*

Conditions de remboursement : *C-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154173 - 154184 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257036-257040 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*377,62 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*377,62 €*

Conditions de remboursement : *C-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154195 - 154206 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257073-257084 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*377,62 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*377,62 €*

Conditions de remboursement : *C-§08*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154210 - 154221 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257073-257084 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*377,62 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*377,62 €*

Conditions de remboursement : *C-§08*

C.5 Autres

C.5.1 Points de contact pour épithèses

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154232 - 154243 Implants utilisés pour la construction d'un ancrage osseux pour épithèse, pour les parties internes, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*441,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*441,22 €*

Conditions de remboursement : *C-§02*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154254 - 154265 Implants utilisés pour la construction standard (abutment) d'un ancrage osseux pour épithèse, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*190,36 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*190,36 €*

Conditions de remboursement : *C-§02*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154276 - 154280 Implants utilisés pour la construction en angle (console abutment) d'un ancrage osseux pour épithèse, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*359,92 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*359,92 €*

Conditions de remboursement : *C-§02*

C. Oto-rhino-laryngologie

C.5.2 Ciment

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154291 - 154302 Ciment acrylique pour la fermeture de défects crâniofaciaux, par 10 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*59,49 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*59,49 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154313 - 154324 Ciment à base d'apatite pour la fermeture de défects crâniofaciaux, par 5 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*218,13 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*218,13 €*

C.6 Intervention sur les amygdales

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/09/2022

183993 - 184004 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors des prestations 257390-257401 ou 256491-256502 de la nomenclature, pour une amygdalectomie intra-capsulaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*100,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*100,00 €*

Conditions de remboursement : *C-§10*

C.7 Stimulation du nerf hypoglosse

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2023

184030 - 184041 Premier neurostimulateur non-rechargeable du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 38801

Base de remboursement	*17.910,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*17.910,75 €*

Conditions de remboursement : *C-§11*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2023

184052 - 184063 Neurostimulateur non-rechargeable du nerf hypoglosse de remplacement en cas d'apnée obstructive du sommeil, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	38801
Base de remboursement	*17.910,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*17.910,75 €*

Conditions de remboursement : *C-§11*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2023

184074 - 184085 Neurostimulateur non-rechargeable du nerf hypoglosse de remplacement en cas d'apnée obstructive du sommeil, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	38801
Base de remboursement	*17.910,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*17.910,75 €*

Conditions de remboursement : *C-§11*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2023

184096 - 184100 Electrode de stimulation du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	38802
Base de remboursement	*1.722,50 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.722,50 €*

Conditions de remboursement : *C-§11*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2023

184111 - 184122 Electrode de stimulation du nerf hypoglosse de remplacement en cas d'apnée obstructive du sommeil

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	38802
Base de remboursement	*1.722,50 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.722,50 €*

Conditions de remboursement : *C-§11*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2023

184133 - 184144 Electrode de détection du cycle respiratoire pour la stimulation du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	38803
Base de remboursement	*2.040,50 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.040,50 €*

Conditions de remboursement : *C-§11*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2023

184155 - 184166 Electrode de détection du cycle respiratoire de remplacement pour la stimulation du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	38803
Base de remboursement	*2.040,50 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.040,50 €*

Conditions de remboursement : *C-§11*

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) implanteur 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 tous les critères de la pose d'indication visés 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 et ses accessoires;

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 ;

c) Par dérogation à la procédure décrite au point 4.2. et par dérogation à l'âge mentionné dans la description des prestations 184774-184785 et 184796-184800, pour le remplacement de l'implant et/ou du processeur de son et ses accessoires, si le bénéficiaire a été implanté avant le 1er janvier 2024 et qu'il est âgé de moins de dix-huit ans au moment de la primo-implantation ;

d) Par dérogation à la procédure décrite au point 4.2. et par dérogation à la disposition mentionnée au point 2.2.6. que la primo-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, pour le remplacement de l'implant et/ou du processeur de son et ses accessoires, si le bénéficiaire a été implanté avant le 1er janvier 2024 et si la primo-implantation a été réalisée plus de sept ans après le diagnostic d'une perte auditive d'au moins 85 dB HL pour la mauvaise oreille.

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.

C-§02

Prestations liées

153193	153204
153215	153226
154232	154243
154254	154265
154276	154280

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants ostéointégrés pour aide auditive à ancrage osseux ou pour épithèse, 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
Les prestations 154254-154265 et 154276-154280 ne peuvent être cumulées entre elles par point d'ancrage.

5.2. Autres règles
Les prestations 153193-153204 et 153215-153226 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 258495-258506 de la nomenclature.

Les prestations 154232-154243, 154254-154265 et 154276-154280 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 251694-251705 de la nomenclature en vue du placement d'une prothèse faciale externe (épithèse ancrable).

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
L'appareil auditif avec processeur vocal est remboursé par le biais de l'article 31 de la nomenclature.

C-§03

Prestations liées

153296	153300
153311	153322
153333	153344
153355	153366
153370	153381
153392	153403

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors du traitement chirurgical complet de la pathologie inflammatoire du sinus, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 153296-153300, 153311-153322, 153333-153344, 153355-153366, 153370-153381 et 153392-153403 ne peuvent être attestées qu'une seule fois même lorsque l'intervention est effectuée de manière bilatérale.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

C-§04 Prestations liées	
153613	153624
153635	153646
153650	153661
153672	153683
153694	153705
153716	153720
153731	153742
153753	153764
180530	180541

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 180530 – 180541 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

Au moins 3 prothèses de la parole prévues sous la prestation 153635 – 153646 sont placées chez le bénéficiaire endéans un délai de maximum 5 mois préalablement à la prestation 180530 – 180541 et ce, en raison de:

• une candidose excessive

et/ou

• une formation du tissu de granulation au niveau du shunt trachéo-oesophagien

et/ou

• une ouverture involontaire de la valve suite à une pression négative dans l'œsophage et/ou le thorax pendant la déglutition ou la respiration.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 180530 – 180541 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

Posséder au moins une preuve clinique de l'efficacité de la prothèse de la parole concernée à prévenir des remplacements fréquents à cause de fuites péri-prothétiques et/ou intra-prothétiques.

Cette preuve clinique doit comporter au moins une étude clinique rétrospective ou prospective (pas de case report) publiée dans un journal peer-reviewed. Dans ces études, les éléments suivants sont au minimum décrits :

- le groupe cible tel que décrit au point 2
- preuve qu'il y a une augmentation de la durée de vie in situ d'au moins 3 fois par rapport à la prothèse de la parole prévue sous la prestation 153635 – 153646 ou que la durée de vie médiane in situ est d'au moins 8 mois.

3.3 Conditions de garantie

La prestation 180530 – 180541 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux conditions de garantie suivantes :

Un an de garantie totale à 100% quelle que soit la raison du remplacement.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 153613-153624, 153635-153646, 153650-153661, 153672-153683, 153731-153742, 153753-153764, 153694-153705, 153716-153720 et 180530 – 180541 doivent être prescrites par un médecin spécialiste en chirurgie, stomatologie ou oto-rhino-laryngologie.

Les documents desquels il ressort qu´il est satisfait aux indications décrit au 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.

Les dispositions en matière de garantie doivent également être respectées.

Pour le remplacement des prothèses de la parole prévues sous la prestation 180530 – 180541 qui n'ont pas été remboursées par l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement mentionnés au point 2, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pour les prestations 153613-153624, 153635-153646, 153650-153661, 153672-153683, 153731-153742, 153753-153764, 153694-153705 et 153716-153720 le médecin-conseil est compétent en matière d'octroi d'un accord pour les cas qui dérogent au quota fixé au point 5.2. sur base 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

Les prestations 153613-153624, 153635-153646 et 180530 – 180541 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 153731-153742 et 153753-153764 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles

Les prestations 153613-153624 et 153635-153646 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire au maximum cinq fois sur une période de 12 mois.

La prestation 180530 – 180541 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'une seule fois sur une période de 12 mois.

La prestation 153650-153661 ne peut être attestée que cinq fois sur une période de 12 mois.

Sur une période de cinq ans, les prestations 153731-153742 et 153753-153764 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'une seule fois.

La dotation pour la prestation 153672-153683 est de nonante filtres et ne peut être attestée que cinq fois sur une période de 12 mois.

La dotation pour la prestation 153694-153705 est d'un conditionnement comprenant trois filtres et cent adhésifs et ne peut être attestée que cinq fois sur une période de 12 mois.

La prestation 153716-153720 ne peut être attestée que deux fois sur une période de 12 mois.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

C-§05

Prestations liées

153790	**153801**
153812	**153823**

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tubes de laryngectomie et aux tuteurs de stomie trachéale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 153790-153801 et 153812-153823 peuvent être attestées au maximum quatre fois par année calendrier.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

C-§06
Prestations liées

	153926
153893	153904
153930	
153952	153963

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les canules trachéales avec collerette ajustable peuvent être attestées sous la prestation 153893-153904.

Les canules trachéales utilisées en per-opératoire ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire.

La prestation 153893-153904 peut être attestée au maximum quatre fois par année calendrier.

La prestation 153926 peut être attestée au maximum deux fois par hospitalisation et pour autant que la seconde série de canules ne soit pas de la même taille que celles comprises dans la première série.

La prestation 153930 peut être attestée au maximum quatre fois par année calendrier.

La prestation 153952-153963 ne peut être attestée qu'une seule fois par année calendrier.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

153974

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.

C-§08

Prestations liées

154114	154125
154136	154140
154151	154162
154173	154184
154195	154206
154210	154221

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors d'une thyroïdectomie ou d'une parathyroïdectomie effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

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

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

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

C-§09	
Prestations liées	
172351	172362
172373	172384
181274	181285
181296	181300
181311	181322
181333	181344
181355	181366
181370	181381

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 172351-172362, 172373-172384, 181355-181366 et 181370-181381 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) implanteur 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. Réglage et suivi

Le réglage et le suivi de l'implant et du processeur vocal éventuel 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 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 172351-172362, 172373-172384, 181355-181366 et 181370-181381 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 de l'oreille moyenne ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Indications (prestations 181274-181285, 181296-181300 et 181311-181322) :

Le bénéficiaire doit :

- Se situer dans la limite d'âge reprise dans le marquage CE du dispositif implanté tel qu'indiqué dans le mode d'emploi;

Et

- Avoir une perte auditive bilatérale dans chaque oreille sur la base d'une audiométrie tonale d'au moins 40 dB sur la moyenne de trois des cinq fréquences suivantes : 250, 500, 1000, 2000 et 4000 Hz ;

Et

- Soit avoir essayé une aide auditive conventionnelle dans l'oreille à implanter durant au moins 3 mois avant une évaluation qui démontre que le bénéficiaire n'est pas en état de porter ou de bénéficier de cette aide auditive ;

- Soit souffrir d'une cause médicale ou anatomique qui l'empêche de porter une aide auditive conventionnelle.

Et

- Les tests auditifs qui indiquent que la perte auditive est stable sur une période d'au moins deux années (< 15 dB HL de différence sur la moyenne de trois des cinq fréquences suivantes : 250, 500, 1000, 2000 et 4000 Hz) doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

2.2.1. Indications additionnelles pour l'oreille à implanter avec une perte auditive de perception (prestation 181274-181285) :

- Tympan intact et oreille moyenne aéré ;

Et

- Les seuils en conduction aérienne sont ceux repris dans les indications couvertes par le marquage CE du dispositif implanté tel qu'indiqué dans le mode d'emploi ;

Et

- Les écarts entre les seuils de conduction osseuse et aérienne (le "air-bone gap") n'excèdent pas 10 dB pour chaque fréquence de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz pour l'oreille à implanter.

2.2.2. Indications additionnelles pour l'oreille à implanter pour une perte auditive mixtes ou de transmission (prestations 181296-181300 et 181311-181322) :

- Soit : Le bénéficiaire n'entre pas en ligne de compte pour une cause médicale ou anatomique pour une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l'os temporal ;

- Soit : Les résultats mesurés en champ libre avec un simulateur à conduction osseuse démontrent un gain auditif de moins de 5 dB à l'indice vocal ou un gain de moins de 5 % d'un test d'intelligibilité vocale sans adjonction d'une source sonore ;

Et

- En cas d'une précédente chirurgie réparatrice de l'oreille moyenne avec éradication de la pathologie mais où l'audition reste limitée par un écart entre les seuils de conduction aérienne et osseuse (air-bone gap) ≥ 30 dB ;

Et

- Les seuils en conduction osseuse sont ceux repris dans les indications couvertes par le marquage CE du dispositif implanté tel qu'indiqué dans le mode d'emploi.

2.2.3. Indications additionnelles pour un processeur vocal externe (prestation 181333-181344) :

2.2.3.1. Pour l'implant qui fonctionne uniquement avec un processeur vocal non implantable :

- Il n'y a pas d'indications additionnelles.

2.2.3.2. Pour l'implant qui fonctionne avec un processeur vocal non implantable optionnel, les indications additionnelles sont :

Soit : Les seuils en conduction aérienne ou en conduction osseuse sont ceux repris dans les indications couvertes par le marquage CE du dispositif implanté pour l'utilisation de l'implant en combinaison avec le processeur vocal externe ;

Et chez le bénéficiaire, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué comme étant supérieur 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 VCV (vowel consonant vowel)).

Soit : Les seuils en conduction aérienne ou en conduction osseuse sont ceux repris dans les indications couvertes par le marquage CE du dispositif implanté pour l'utilisation de l'implant sans le processeur vocal externe ;

Et,

- soit, le gain auditif du bénéficiaire est limité en raison de problèmes de feed-back ou d'interférences des bruits internes avec le processeur vocal implanté ;

- soit, le gain auditif du bénéficiaire est limité et il y a une amélioration de minimum 10% lors d'un test d'intelligibilité vocale à 70 dB SPL (sound pressure level) avec le processeur vocal externe. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type VCV (vowel consonant vowel)) réalisée dans le silence ou dans le bruit.

2.3. Contre-indications

- Problèmes cutanés pouvant gêner la mise en place du processeur vocal externe éventuel

- Une maladie chronique de l'oreille interne tels que des vertiges ou un syndrome de Ménière

- Une infection active de l'oreille moyenne de l'oreille à implanter

- Toute contre-indication reprise dans le marquage CE du dispositif implanté tel qu'indiqué dans le mode d'emploi.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 172351-172362, 172373-172384, 181355-181366 et 181370-181381 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Implant d'oreille moyenne actif : dispositif médical destiné à compenser les pertes auditives en convertissant les ondes sonores en signaux électriques puis en vibrations qui sont transmises par contact direct avec l'un des osselets de l'oreille moyenne, la fenêtre ovale ou la fenêtre ronde.

Les kits pour les implants actifs d'oreille moyenne doivent au moins contenir :

- Pour tous les implants : tous les composants nécessaires pour l'implantation (l'implant, les éléments de fixation, le(s) composant(s) pour le transfert des vibrations à l'oreille moyenne,…) ;

- Pour les implants avec un microphone implanté : un chargeur pour batterie rechargeable du microphone et une télécommande pour le bénéficiaire ;

- Pour le processeur vocal : une télécommande pour le bénéficiaire.

3.2. Critères

3.2.1 Nouveau dispositif

Un nouvel implant actif de l'oreille moyenne 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 PMA (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative) ;

- soit disposer d'une ou plusieurs études cliniques publiées dans une revue «peer reviewed», avec au total minimum deux cent patients, qui démontrent une sécurité et une efficacité comparables aux dispositifs repris sur la liste nominative.

De plus, l'intervention de l'assurance obligatoire s'applique uniquement pour le type de perte auditive (perceptive, mixte ou de transmission) pour laquelle des études cliniques avec au total minimum vingt patients sont disponibles.

3.2.2 Modification de la partie implantable

Une modification du mécanisme de transmission des vibrations à l'oreille moyenne ne peut jamais être considérée comme une modification légère.

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
- Cinq ans de garantie totale à 100% pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile).

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 Première implantation

4.1.1. Procédure pour la prestation 181274-181285, 181296-181300 ou 181311-181322 :

La prestation pour l'implantation d'un implant actif de l'oreille moyenne (prestation 181274-181285, 181296-181300 ou 181311 -181322) ne peut 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-07 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

Le formulaire mentionne le dispositif sélectionné pour l'implantation.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception

d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

Tous les résultats des examens réalisés pour la pose de l'indication doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.1.2. Procédure pour la prestation 181333-181344 :

La prestation pour le processeur vocal externe (prestation 181333-181344) ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs pour la prestation 181274-181285, 181296-181300 ou 181311-181322.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, avant ou après délivrance du processeur vocal externe, par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur au Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire C-Form-I-13 et d'un rapport audiologique signé.

Si la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est faite car le bénéficiaire a un gain auditif limité de l'implant avec le processeur vocal implanté en raison de problèmes de feed-back ou d'interférences avec des bruits internes (point 2.2.3.2.), alors la demande doit contenir un rapport médical circonstancié qui le démontre.

Si pour la demande d'intervention de l'assurance obligatoire, une amélioration dans la compréhension du langage doit être démontrée, comme mentionné au point 2.2.3.2., le bénéficiaire testera le processeur vocal, fourni gracieusement par le distributeur de l'implant (y compris les piles nécessaires à l'utilisation de celui-ci pendant la durée du test) pendant une période d'essai d'au moins deux semaines avant que le test d'intelligibilité de la parole ne soit réalisé.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

Tous les résultats des examens réalisés pour la pose de l'indication doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

Pour le remplacement d'un dispositif (partie à implanter et/ou processeur vocal) qui n'a pas été remboursé par l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement, doivent être fournis par un médecin ORL appartenant à l'équipe qui réalisera le remplacement, au Collège des médecins-directeurs, avant ou après le remplacement, sur base du formulaire C-Form-I-14 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur. Ce formulaire complété et ses annexes doivent décrire la situation ayant donné lieu à la première implantation.

Lors du remplacement de la partie à implanter, en plus du formulaire C-Form-I-14, un formulaire C-Form-I-07, qui décrit la

situation ayant donné lieu à la première implantation, doit aussi être complété et fourni au Collège des médecins-directeurs.

Lors du remplacement du processeur vocal, en plus du formulaire C-Form-I-14, un formulaire C-Form-I-07 et un formulaire C-Form-I-13, doivent aussi être complétés et fournis au Collège des médecins-directeurs. Le formulaire C-Form-I-07 décrit la situation ayant donné lieu à la première implantation.

Les règles reprises au point 5 sont également valables pour ces dispositifs.

Cette procédure ne peut pas être appliquée pour le remplacement des dispositifs de l'oreille controlatérale.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

4.3. Remplacement anticipé (prestations 181355-181366 et 181370-181381) :

Une intervention de l'assurance obligatoire en cas de remplacement anticipé pour la prestation 181355-181366 ou 181370-181381 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 anticipé et après évaluation que le dispositif remplacé ne tombe pas dans les conditions de garantie.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

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. Prestations 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 181355-181366 et 181370-181381 :

Le bénéficiaire ne peut bénéficier que d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 181355-181366 et 181370-181381 et que pour une seule oreille.

L'intervention de l'assurance obligatoire est due pour les prestations effectuées, sauf opposition du Collège des médecins-directeurs dans le délai de quarante-cinq jours susmentionné et si l'implantation ou la délivrance du processeur vocal est réalisée endéans les six mois après le délai de quarante-cinq jours susmentionné.

Pour la prestation 181274-181285, 181296-181300 ou 181311-181322, l'accord du Collège des médecins-directeurs est valable pour une implantation réalisée avec le dispositif approuvé dans le formulaire de demande.

L'accord du Collège des médecins-directeurs est valable pour une implantation ou une délivrance du processeur réalisée

endéans les six mois suivant la date d'envoi de l'accord.

5.2.2. Prestation 172351-172362 :

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172351-172362 ne peut être accordée que minimum cinq ans après la prestation 181333-181344, 181355-181366, 172336-172340 ou 172351-172362 et lorsque l'appareil précédent ne fonctionne plus correctement.

5.2.3. Prestation 172373-172384 :

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172373-172384 ne peut être accordée que minimum dix ans après la prestation 172336-172340 ou 172373-172384 ou 181274-181285 ou 181296-181300 ou 181311-181322 ou 181370-181381.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

C-§10
Prestations liées

183993 **184004**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors d'une amygdalectomie intra-capsulaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 183993-184004 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Être âgé de moins de 18 ans lors de l'intervention

ET

- Avoir une hypertrophie des amygdales palatines entraînant soit un syndrome d'apnée obstructive du sommeil soit des problèmes de déglutition.

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition

Amygdalectomie intra-capsulaire : par amygdalectomie intra-capsulaire, on entend le retrait d'au moins 90% du tissu lymphoïde de l'amygdale palatine, tout en préservant la capsule de l'amygdale.

4. Procédure de demande et formulaires

Tous les résultats des examens réalisés pour la pose de l'indication doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

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.

C-§11 Prestations liées	
184030	184041
184052	184063
184074	184085
184096	184100
184111	184122
184133	184144
184155	184166

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au traitement de l'apnée obstructive du sommeil, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166 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. L'établissement hospitalier a signé la convention en vigueur relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées du sommeil ;

ET

L'établissement hospitalier a signé la convention en vigueur relative à l'instauration et au suivi ultérieur de l'assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile.

1.2. L'établissement hospitalier dispose d'une équipe multidisciplinaire qui est responsable pour la sélection, l'implantation et le suivi des patients, et qui est composée au moins de :

– Un médecin spécialiste en pneumologie, équivalent temps plein ayant une expertise dans le domaine du traitement des troubles du sommeil ;

– Un médecin spécialiste en pneumologie ou en médecine interne ou en neurologie ou en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, équivalent temps plein ayant une expertise dans le domaine du traitement des troubles du sommeil ;

L'expertise dans le domaine du traitement des troubles du sommeil doit être documentée par la preuve du suivi et de la réussite de l'une des formations suivantes : European Sleep Research Society (ESRS) Examination in Sleep medicine ou Certificat interuniversitaire en Médecine du Sommeil.

– Deux médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie (médecin ORL) équivalents temps plein ayant une expertise dans le domaine de la chirurgie de la tête et du cou ;

– Deux anesthésistes ayant une expertise dans le domaine de l'endoscopie du sommeil induit par les médicaments (DISE) ;

– Deux dentistes généralistes ou orthodontistes ou stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux équivalents temps plein ayant une expertise dans le domaine de l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) ;

– Un psychologue ;

– Un diététicien.

1.3. Le médecin ORL implanteur, qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire visée au point 1.2, a une expertise dans le domaine du traitement de l'apnée obstructive du sommeil par stimulation du nerf hypoglosse.

Au moment de l'introduction de sa candidature, cette expérience doit être documentée par :

– Une preuve que cinq primo-implantations et/ou remplacements de l'électrode ont été effectuées sous la supervision d'un médecin ORL ayant déjà réalisé au moins 24 implantations.

OU

– Une preuve qu'au moins 24 primo-implantations et/ou remplacements de l'électrode ont été effectuées de façon autonome.

Cette expertise doit être maintenue en permanence par le médecin spécialiste implanteur avec un minimum de 24 interventions chirurgicales effectuées sur deux années civiles. Ce nombre est calculé sur les années x-1 et x-2 pour les prestations 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166. Si un médecin spécialiste implanteur n'atteint pas le nombre minimum requis de 24 implantations dans les deux premières années civiles suivant son adhésion à la liste visée au point 1.5., il sera supprimé de la liste des médecins spécialistes implanteurs.

1.4. L'établissement hospitalier dans lequel l'intervention a lieu dispose de:

- Un endoscope permettant une DISE ;
- Un moniteur d'intégrité nerveuse (« Nerve Integrity Monitor », NIM) ;
- Un laboratoire du sommeil possédant un polysomnographe (PSG).

1.5. L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire C-Form-II-01 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166 selon les modalités de soumission déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes ; les prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166 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 C-Form-II-01 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire C-Form-II-01 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1 Critères d'inclusion

a) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du stimulateur du nerf hypoglosse ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

ET

b) Le bénéficiaire est atteint d'apnée obstructive du sommeil symptomatique.

ET

c) Le bénéficiaire a un indice d'apnée-hypopnée (IAH) de 15 événements/h ≤ IAH ≤ 65 événements/h.

ET

d) En raison de son apnée obstructive du sommeil symptomatique, le bénéficiaire est limité dans la vie quotidienne. L'impact de l'apnée obstructive du sommeil symptomatique est évalué au moyen d'au moins l'Epworth Sleepiness Scale (ESS) et du Functional Outcome of Sleep Questionnaire (FOSQ-30).

ET

e) Le bénéficiaire a réagi suffisamment à un traitement antérieur par ventilation en pression positive continue (PPC) et/ou par OAM, mais le traitement n'a plus été supporté en raison des effets secondaires.

OU

Le bénéficiaire a une contre-indication à un traitement par PPC et OAM.

ET

f) Absence d'un collapsus concentrique complet au niveau du palais mou pendant une DISE.

ET

g) Le bénéficiaire est âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation.

2.2 Critères d'exclusion

a) Indice de masse corporelle (IMC) >32 kg/m².

b) Les patients dont l'IAH combiné pour apnée centrale et apnée mixte est > 25 % de l'IAH total.

c) La présence d'autres troubles du sommeil qui ne sont pas liés à une apnée obstructive du sommeil.

d) La présence d'une maladie pulmonaire restrictive sévère ou bronchopneumopathie chronique obstructive, maladie vasculaire pulmonaire sévère, dysfonction valvulaire cardiaque, insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV, angor instable ou infarctus du myocarde récent (<6 mois) ou arythmies cardiaques sévères ou insuffisance rénale grave (stade 4 ou 5).

e) Les patients démontrant un effondrement concentrique complet du palais mou ou toute autre anomalie anatomique qui pourrait empêcher le bon fonctionnement de la stimulation des voies aériennes supérieures.

f) Les patients dont le contrôle neurologique des voies aériennes supérieures a été gravement endommagé.

g) Une grossesse en cours.

h) Intervention chirurgicale pratiquée sur le voile du palais dans les trois mois écoulés.

3. Critères concernant le dispositif

3.1 Définition

Le système de stimulation du nerf hypoglosse doit être capable de stimuler le nerf hypoglosse pendant le sommeil au moment le plus approprié, du cycle de respiration du patient.

Le programmateur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'au moins une étude prospective avec un suivi pendant minimum cinq ans dont les résultats sont publiés dans une revue « peer reviewed » reconnue internationalement.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 184030-184041, 184052-184063 et 184074-184085, une garantie totale est exigée pour une période de dix ans. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Les prestations 184030-184041, 184096-184100 et 184133-184144 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs qui soumettra la demande pour avis à la Commission Peer Review.

Le dossier de demande contient :

– un rapport médical circonstancié démontrant que le bénéficiaire a réagi suffisamment à un traitement de deuxième ligne de prise en charge préalable (PPC et/ou OAM) et une motivation expliquant l'impossibilité de continuer ces traitements de deuxième ligne ou que ces traitements de deuxième ligne sont contre-indiqués ;

– le formulaire C-Form-I-15 dûment complété reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier.

Les membres de la Commission Peer Review sont des représentants de la Belgian Association for Sleep research and Sleep medicine, la Royal Belgian Society for Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery, la Belgian Royal Society for Oral and

Maxillo-Facial Surgery et l'Interdisciplinary Belgian Dental & Surgical Sleep Medicine Academy.

Cette Commission Peer Review est tenue de se réunir quatre fois par an afin d'examiner les demandes des équipes multidisciplinaires.

La Commission Peer Review donne un avis argumenté basé sur un consensus à propos de la demande en question.

Au cours de la discussion portant sur les dossiers relatifs au remboursement de la stimulation du nerf hypoglosse, des membres du Collège des médecins-directeurs et des représentants de l'INAMI, peuvent toujours être présents.

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire sur la base de l'avis remis par la Commission Peer Review et ce, pour chaque bénéficiaire individuellement. Pour ce faire, la Commission Peer Review envoie sa conclusion argumentée (accord-refus-report) au Collège.

Le Collège communique sa décision motivée dans les 30 jours ouvrables après réception de l'avis de la Commission Peer Review.

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

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

4.2. Remplacement

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 184052-184063, 184111-184122 et 184155-184166 doit être envoyée au Collège des médecins-directeurs avant l'implantation par le médecin spécialiste implanteur, via le formulaire C-Form-I-15.

Le dossier de demande contient :

- un rapport médical de l'évolution, dans lequel doivent être mentionnés entre autres le tableau clinique depuis l'implantation, une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du remplacement ;

- le formulaire C-Form-I-15 dûment complété reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier.

La procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 184074-184085 pour un remplacement prématuré peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

4.4. Dérogation à la procédure

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la présente condition de remboursement et qui remplissaient avant

implantation toutes les conditions visées au point 2, une intervention de l'assurance obligatoire pour le remplacement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordée suivant les modalités prévues au point 4.1.

Dans ce cas particulier, le médecin spécialiste implanteur fait parvenir un dossier de demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour un remplacement au Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire C-Form-I-15.

Le dossier de demande contient :

- les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères d'intervention de l'assurance obligatoire ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doivent être mentionnés entre autres le tableau clinique depuis l'implantation, une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du remplacement ;

- le formulaire C-Form-I-15 dûment complété reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier.

La procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

5.2. Autres règles

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 184030-184041 est limité à 68 par année civile.

Le Service des Soins de Santé tient un compteur par année civile et informe le Collège des médecins-directeurs, la Commission Peer review et les établissements hospitaliers implanteurs quand 58 et 68 accords ont été effectuées.

Pour l'année de l'entrée en vigueur, le nombre d'interventions pour la prestation 184030-184041 sera attribué au pro rata sur la base de la date d'entrée en vigueur.

Pour les demandes effectuées au moyen du formulaire C-Form-I-15 et qui portent la même date de réception de l'INAMI que la demande par laquelle le quota de 68 a été atteint, la prestation 184030-184041 peut être attestée même si le nombre maximum de 68 accords est dépassé.

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-§11 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 1.5. et 4.1. jusque 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° et 2°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.

Ont seuls accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées, les intervenants tels que mentionnés à l'article 35 septies/11, 1°, 2°, 3° et 4° de la loi.

Le délai de conservation visé à l'article 35 septies/13, 1° est fixé sur 10 ans.

8. Divers

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

C-§12	
Prestations liées	
186513	186524
186535	186546
186550	186561
186572	186583
186594	186605
186616	186620
186631	186642
186653	186664
186675	186686

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux systèmes actifs transcutanés à conduction osseuse avec un transducteur électromagnétique il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 186513-186524, 186535-186546, 186550-186561, 186572-186583, 186594-186605, 186616-186620, 186631-186642, 186653-186664 et 186675-186686 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. Critères

L'établissement hospitalier ou le centre où à lieu la pose d'indication, le réglage et le suivi de l'implant et du processeur de son, doit disposer d'un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie, avec une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède, un audicien-audiologue, et un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie (médecin ORL).

L'établissement hospitalier où l'implantation est réalisée dispose d'un service d'oto-rhino-laryngologie, avec une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède, un audicien-audiologue, et un médecin-spécialiste en oto-rhino-laryngologie qui réalise l'implantation.

L'établissement hospitalier ou le centre doit garantir une permanence en oto-rhino-laryngologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 186513-186524, 186535-186546, 186550-186561, 186572-186583, 186594-186605, 186616-186620, 186631-186642, 186653-186664 et 186675-186686 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 actif à conduction osseuse et l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Le bénéficiaire doit se situer dans la limite d'âge reprise dans le marquage CE du dispositif implanté tel qu'indiqué dans le mode d'emploi.

2.3. Les examens montrent l'existence d'une perte auditive de transmission ou mixte pour laquelle il est satisfait à la condition suivante : le seuil de conduction osseuse est inférieur ou égal à 45 dB HL pour chaque fréquence de 500, 1000, 2000 et 3000 Hz, pour l'oreille à implanter.

Critère supplémentaire en cas d'implantation bilatérale : L'écart entre les seuils de conduction osseuse entre les deux oreilles mesuré aux fréquences de 500, 1000, 2000 et 3000 Hz n'excède pas 10 dB en moyenne, ou mesuré pour chaque fréquence de 500, 1000, 2000 et 3000 Hz, n'excède pas 15 dB.

2.4. Le bénéficiaire doit suivre une période d'essai définie comme suit :

a) avoir essayé une aide auditive à conduction aérienne pendant au moins 2 semaines et avoir constaté que l'essai n'était pas concluant, ou être anatomiquement ou physiologiquement incapable d'essayer une aide auditive à conduction aérienne ;

ET

b) avoir essayé un système de conduction osseuse non implantable pendant au moins 2 semaines.

À la fin de l'essai du système de conduction osseuse non implantable une évaluation du bénéfice objectif et subjectif doit être réalisée. L'évaluation du bénéfice subjectif est réalisée à l'aide d'un questionnaire de qualité de vie rempli avant le début de l'essai du système de conduction osseuse non implantable et à la fin de celui-ci. L'évaluation du bénéfice objectif doit être réalisé à l'aide d'une audiométrie résultant en un gain d'au moins 5 dB sur 3 fréquences parmi 500 Hz - 1KHz- 2KHz- 4KHz en audiométrie tonale ou un gain d'au moins 5% en indice de capacité auditive en audiométrie vocale dans le silence

ou un gain d'au moins 5% d'intelligibilité dans une des trois conditions signal/bruit : à -5 dB, à 0 dB, à +5 dB (signal à 55 dB).

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 186513-186524, 186535-186546, 186550-186561, 186572-186583, 186594-186605, 186616-186620, 186631-186642, 186653-186664 et 186675-186686 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

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur les listes nominatives pour les prestations 186513-186524, 186535-186546, 186550-186561, 186572-186583, 186594-186605, 186616-186620, 186631-186642, 186653-186664 et 186675-186686 le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Dix ans de garantie totale pour l'implant actif.

- Trois ans de garantie totale pour le processeur de son pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans.

- Cinq ans de garantie totale pour le processeur de son pour les bénéficiaires âgés de huit ans ou plus.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 186513-186524, 186572-186583 et 186594-186605 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord par le médecin conseil, avant implantation, sur base d'une demande motivée introduite par le médecin spécialiste implanteur.

La demande doit comporter un rapport médical circonstancié qui confirme l'indication, y compris les résultats des tests et des périodes d'essais décrits aux points 2.3 et 2.4.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée au médecin spécialiste qui a introduit la demande, au pharmacien hospitalier et au bénéficiaire concerné via son organisme assureur, endéans les 30 jours suivant la réception de la demande.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, les dispositions en matière de garantie doivent être respectées.

4.3. Remplacement anticipé

Pas d'obligation administrative.

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 critères de la pose d'indication conditions visés au point 2, un remboursement de l'assurance obligatoire pour le remplacement d'un dispositif (partie implantable et/ou processeur de son) peut être accordé suivant les modalités prévues au point 4.1.

Le rapport doit décrire la situation ayant donné lieu à la première implantation.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 186513-186524, 153193-153204 et 153215-153226 ne peuvent pas être cumulées entre elles.

5.2. Autres règles

La prestation 186550-186561 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire avant le délai de 10 ans, qu' à condition qu´il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

La prestation 186653-186664 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire avant le délai de 3 ans, qu' à condition qu´il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

La prestation 186675-186686 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire avant le délai de 5 ans, qu' à condition qu´il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

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-§12 sont celles déterminées dans le rapport médical mentionné aux points 4.1. 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 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, 1° de la loi est fixé à 10 ans.

8. Divers

Pas d’application.

D. Urologie et néphrologie

D.1 Rein

D.1.1 Néphrectomie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154335 - 154346 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261634 - 261645 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154350 - 154361 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261671 - 261682 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*562,84 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*140,71 €*
				Montant du remboursement	*422,13 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154372 - 154383 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261693-261704 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *D-§07*

D.1.2 Ablation

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185216 - 185220 Dispositif invasif d’ablation, par pièce, y compris tous les accessoires, pour la cryoablation percutanée des tumeurs rénales T1a

Catégorie de remboursement : II.D.a

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

Conditions de remboursement : *D-§10*

D. Urologie et néphrologie

D.1.3 Autres

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154394 - 154405 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260072-260083 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154416 - 154420 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260094 - 260105 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154431 - 154442 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261715-261726 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*230,25 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*57,56 €*
				Montant du remboursement	*172,69 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/07/2014

154453 - 154464 Ensemble du matériel utilisé pour la confection d’une néphrostomie percutanée utilisé lors de la prestation 261811-261822 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*184,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*46,05 €*
				Montant du remboursement	*138,15 €*

Conditions de remboursement : *D-§01*

D. Urologie et néphrologie

D.2 Uretère

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154475 - 154486 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260190-260201 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154490 - 154501 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261376-261380 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*446,18 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*111,54 €*
				Montant du remboursement	*334,64 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154512 - 154523 Ensemble du matériel utilisé pour le traitement percutané de calculs rénaux et d'obstruction urétérale lors des prestations 262231-262242 et 261833-261844 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*184,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*46,05 €*
				Montant du remboursement	*138,15 €*

Conditions de remboursement : *D-§01*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154534 - 154545 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260212-260223 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *D-§07*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154556 - 154560 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260234-260245 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154571 - 154582 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261752-261763 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*479,95 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*119,98 €*
				Montant du remboursement	*359,97 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154593 - 154604 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261752 - 261763 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*305,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*76,49 €*
				Montant du remboursement	*229,49 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154615 - 154626 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262010-262021 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*386,82 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*96,70 €*
				Montant du remboursement	*290,12 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154630 - 154641 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262371 - 262382 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*188,29 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*47,07 €*
				Montant du remboursement	*141,22 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154652 - 154663 Sonde de drainage à double J pour drainage par voie urétérale, par uretère

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*79,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*79,32 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154674 - 154685 Ensemble du matériel utilisé lors d'une urétéroscopie diagnostique

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*122,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*67,54 €*
				Montant du remboursement	*55,26 €*

D.3 Vessie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154696 - 154700 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260411-260422 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*818,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*204,67 €*
				Montant du remboursement	*614,01 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154711 - 154722 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260433-260444 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*818,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*204,67 €*
				Montant du remboursement	*614,01 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154733 - 154744 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260433 - 260444 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*493,25 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*123,31 €*
				Montant du remboursement	*369,94 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154755 - 154766 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262334-262345 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*818,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*204,67 €*
				Montant du remboursement	*614,01 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154770 - 154781 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262334 - 262345 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*762,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*190,59 €*
				Montant du remboursement	*571,80 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154792 - 154803 Set pour le placement percutané ou le remplacement d’un cathéter urinaire suspubien

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement	*30,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*16,88 €*
				Montant du remboursement	*13,82 €*

Date dernière modification : 1/07/2020 Date première publication : 1/07/2014

154814 - 154825 Produit à base de silicone utilisé en tant qu'agent de renflement (bulking agent) pour le traitement endoscopique de reflux vésico-urétéral primaire ou secondaire chez un enfant jusqu'à l'âge de seize ans dont la fonction rénale est réduite ou atteint d'infection récidivante et/ou pour le traitement endoscopique de l'incontinence après reconstruction préalable du col de la vessie chez des enfants jusqu'à l'âge de seize ans (par 0,5 ml)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*99,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*99,15 €*

Conditions de remboursement : *D-§02*

Date dernière modification : 1/07/2020 Date première publication : 1/07/2014

154836 - 154840 Produit à base d'acide hyaluronique utilisé en tant qu'agent de renflement (bulking agent) pour le traitement endoscopique de reflux vésico-urétéral primaire ou secondaire chez un enfant jusqu'à l'âge de seize ans dont la fonction rénale est réduite ou atteint d'infection récidivante et/ou pour le traitement endoscopique de l'incontinence après reconstruction préalable du col de la vessie chez des enfants jusqu'à l'âge de seize ans (par 0,5 ml)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*182,44 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*182,44 €*

Conditions de remboursement : *D-§02*

Date dernière modification : 1/07/2020 Date première publication : 1/07/2020

180950 - 180961 Produit à base de PPC (hydrogel de polyacrylate-polyalcool copolymère) utilisé en tant qu'agent de renflement (bulking agent) pour le traitement endoscopique de reflux vésico-urétéral primaire ou secondaire chez un enfant jusqu'à l'âge de seize ans dont la fonction rénale est réduite ou atteint d'infection récidivante (par 0,5 ml)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*182,44 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*182,44 €*

Conditions de remboursement : *D-§02*

D.4 Prostate

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154851 - 154862 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261796 - 261800 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*660,06 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*660,06 €*

Conditions de remboursement : *D-§08,D-§07*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154873 - 154884 Ensemble des marqueurs en or (aiguilles incluses) utilisés lors d'un carcinome de la prostate traité par IGRT (radiothérapie guidée par l'image)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*267,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*267,70 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154895 - 154906 Ensemble des marqueurs en or (aiguilles exclues) utilisés lors d'un carcinome de la prostate traité par IGRT (radiothérapie guidée par l'image)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*171,53 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*171,53 €*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/03/2016

172675 - 172686 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable pour l'exécution de la prestation 261796-261800 de la nomenclature par chirurgie robotisée endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.467,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.467,76 €*

Conditions de remboursement : *D-§08,D-§07*

Date dernière modification : 1/09/2021 Date première publication : 1/03/2017

182055 - 182066 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par énucléation laser

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*346,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*346,68 €*

Conditions de remboursement : *D-§09*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/09/2021 Date première publication : 1/03/2017

182092 - 182103 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par vaporisation laser

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*346,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*346,68 €*

Conditions de remboursement : *D-§09*

Date dernière modification : 1/09/2021 Date première publication : 1/09/2021

181731 - Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par thermothérapie à la vapeur d'eau générée par radiofréquence (ambulatoire)

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.103,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.103,77 €*

Conditions de remboursement : *D-§09*

Date dernière modification : 1/09/2021 Date première publication : 1/09/2021

- 181764 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par thermothérapie à la vapeur d'eau générée par radiofréquence (hospitalisation)

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*346,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*346,68 €*

Conditions de remboursement : *D-§09*

D.5 Pénis/testicule

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154910 - 154921 Prothèse d'érection munie d'un réservoir à liquide et d'une pompe et placée à la suite d'une impuissance consécutive à une affection vasculaire ou neurologique, ou après phalloplastie en cas de dysphorie de genre

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*3.840,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*4.800,12 €*	*Marge de sécurité (€)*	*960,02 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.840,10 €*

Conditions de remboursement : *D-§03*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

154932 - 154943 Prothèse testiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*288,53 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*288,53 €*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

154954 - 154965 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261236 - 261240 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*174,99 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*43,74 €*
				Montant du remboursement	*131,25 €*

Conditions de remboursement : *D-§07*

D.6 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/10/2019 Date première publication : 1/07/2014

154976 - 154980 Sphincter urinaire artificiel implanté composé d'une manchette gonflable, d'une pompe avec système de contrôle et d'un réservoir régulateur de pression

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 31401

Base de remboursement	*5.254,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*5.254,98 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5.254,98 €*

Conditions de remboursement : *D-§04*

D.7 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/10/2019 Date première publication : 1/07/2014

154991 - 155002 Appareil composé d'électrodes lombo-sacrées implantées et d'un stimulateur externe, placé pour le traitement d'affections vésicales neurogènes spastiques consécutives à une lésion irréversible de la moelle épinière

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31501

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*7.239,70 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§05*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

155013 - 155024 Premier neurostimulateur non-rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31601

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *6.740,86 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

155035 - 155046 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31601

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *6.740,86 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

155050 - 155061 Electrode pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31602

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.372,79 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

155072 - 155083 Electrode de remplacement pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31602

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.372,79 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

155094 - 155105 Electrode en cas de stimulation d'essai négative en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31602

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.372,79 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

D. Urologie et néphrologie

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

155116 - 155120 Extension pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31603

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *264,87 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

155131 - 155142 Extension de remplacement pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31603

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *264,87 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

155153 - 155164 Programmateur patient pour neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31604

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *606,48 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2022

182512 - 182523 Premier neurostimulateur rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31605

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *6.740,86 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2022

182534 - 182545 Neurostimulateur rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31605

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *6.740,86 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2022

182556 - 182560 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31606

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.485,75 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2022

182571 - 182582 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31601

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *6.740,86 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2022

182593 - 182604 Neurostimulateur rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31605

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *6.740,86 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2022

182615 - 182626 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31606
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2022

182630 - 182641 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31604
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*606,48 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

D.8 Matériel utilisé pour un examen uro-dynamique

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155175 - 155186 Matériel utilisé pour un examen uro-dynamique, utilisé lors de la prestation 261951-261962, 261973-261984 ou 261995-262006 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	II.D.d				
Base de remboursement	*61,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*33,77 €*
				Montant du remboursement	*27,63 €*

D.9 Divers

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

155190 - 155201 Anse pour l'ablation endoscopique de tissu obstructif et de tumeurs du tractus urogénital, utilisée lors des prestations 260315-260326, 260470-260481, 261391-261402 ou 261553-261564 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	II.D.d				
Base de remboursement	*40,94 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*22,51 €*
				Montant du remboursement	*18,43 €*

Conditions de remboursement : *D-§09,D-§07*

Conditions de remboursement

D-§01

Prestations liées

154453	154464
154512	154523

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
La prestation 154512-154523 ne peut pas être cumulée avec la prestation 154453-154464.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

D-§02
Prestations liées

154814	154825
154836	154840
180950	180961

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'agent de renflement pour le traitement de reflux vésico-urétral, 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

Les prestations 154814-154825, 154836-154840 et 180950-180961 ne peuvent pas être cumulées entre elles.

Lors du traitement d'un seul uretère, la prestation 154814-154825, 154836-154840 ou 180950-180961 peut être attestée au maximum deux fois.

En cas de traitement bilatéral, la prestation 154814-154825, 154836-154840 ou 180950-180961 peut être attestée au maximum quatre fois.

Le traitement ne peut être répété qu'une et une seule fois par uretère.

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

D-§03
Prestations liées

154910 154921

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 154910-154921 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- affection vasculaire résistante à la thérapie médicamenteuse et/ou chirurgicale

ou

- affection neurologique, y compris les lésions traumatiques ou diabétiques

ou

- après une phalloplastie en cas de dysphorie de genre.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. 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 au sphincter urinaire artificiel, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 154976-154980 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
- les incontinences urinaires résultant d'une insuffisance sphinctérielle objectivée par un examen urodynamique. Cet examen urodynamique consiste au moins en une urétrocystométrie et un instantané mictionnel avec E.M.G. sphinctériens simultanés

et
- s'il s'agit d'une incontinence durant depuis au moins un an et résistante aux traitements classiques, y compris une rééducation spéciale du plancher pelvien sous la conduite d'un médecin spécialiste en médecine physique et en rééducation

et
- l'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du sphincter urinaire artificiel ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Critères d'exclusion
- une hyperréflexie sévère non contrôlable pharmacologiquement;
- une microvessie organique;
- une infection urinaire incontrôlable;
- une lithiase des voies urinaires inférieures;
- un reflux vésico-urétéral important;
- une obstruction des voies urinaires basses.

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition
Pas d'application.

3.2. Critères
La prestation 154976-154980 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si au moins une étude prospective est fournie avec au moins 100 hommes avec une incontinence non neurogène avec un follow-up minimal d'un an, publié dans un journal peer-reviewed, dans lequel il a été démontré que l'efficacité du sphincter (c'est-à-dire l'effet sur le critère d'évaluation principal, la dysfonction urinaire) , n'est pas inférieure au standard actuel et les effets secondaires potentiels (tels que l'érosion, l'infection et les failles mécaniques, etc.) ne sont pas plus graves qu'avec le standard actuel.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application.

4.Procédure de demande et formulaires
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Si seulement une partie du sphincter urinaire artificiel doit être remplacée, cette partie peut être facturée via la prestation 154976-154980 et le code d'identification attribué au sphincter complet. Le remboursement se limite au prix de la facture. Cependant, si la partie à remplacer tombe sous les conditions de garantie, aucun remboursement n'est prévu.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d’application.

D-§05
Prestations liées

154991	155002

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au traitement d'affection vésicale neurogène par neurostimulation, 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 154991-155002 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 l'urologue 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 non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Si seulement une partie de l'appareil doit être remplacée, cette partie peut être facturée via la prestation 154991-155002 et le code d'identification attribué à l'appareil complet. Le remboursement se limite au prix de la facture.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application

D-§06 Prestations liées	
155013	155024
155035	155046
155050	155061
155072	155083
155094	155105
155116	155120
155131	155142
155153	155164
182512	182523
182534	182545
182556	182560
182571	182582
182593	182604
182615	182626
182630	182641

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 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. L'établissement hospitalier dispose d'un service « Urologie » ayant une expertise dans le domaine d'examen neurophysiologique du nervus pudendus et des réflexes du plancher pelvien. Ce service « Urologie » a une expérience en matière d'examen urodynamique, démontrée par un minimum de 52 prestations 261995-262006 de la nomenclature attestées pour l'année x-3.

1.2. Le médecin spécialiste implanteur a une expertise dans le domaine du traitement chirurgical de dysfonction des voies urinaires inférieures. Au moment de l'introduction de sa candidature, cette expertise doit être documentée par :

a) une preuve de participation à au moins un workshop sur la technique de traitement "neurostimulation des voies urinaires inférieures" ;

et

b) avoir effectué également deux stimulations d'essai et deux implantations sous la supervision d'un médecin spécialiste ayant réalisé au moins quinze implantations

ou

avoir effectué au moins quinze implantations de façon autonome.

Cette expérience doit être maintenue par médecin spécialiste implanteur de manière continue avec un minimum de deux interventions chirurgicales en moyenne effectuées sur deux années. Ceci est calculé comme la moyenne pour les années x-3 et x-4 pour les prestations suivantes de la Liste : 154976-154980, 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604.

1.3. L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire D-Form-II-01 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 selon les modalités de soumission déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes ; les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 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 D-Form-II-01 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire D-Form-II-01 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion

a) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes, d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Le consentement éclairé doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement proposé et du suivi obligatoire du traitement après implantation. Le consentement éclairé signé doit être conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.

et

b) Le bénéficiaire est atteint d' :

- incontinence d'urgence, réfractaire aux traitements non chirurgicaux conventionnels (à savoir rééducation vésicale, traitement pharmacologique).

L'incontinence de stress n'entre pas en ligne de compte. Ce groupe se compose de bénéficiaires présentant une incontinence due à une hypercontractilité du détrusor et de bénéficiaires souffrant d'incontinence d'urgence sans contraction(s) instable(s) manifeste(s) du détrusor

ou

- un trouble de la miction caractérisé par une incontinence, une miction discontinue ou une rétention secondaire due à une acontractilité ou une hypocontractilité détrusorienne ou une hyperactivité du sphincter uréthral après échec des traitements kinésithérapeutique et pharmacologique

ou

- une hyperactivité de la vessie, mais sans incontinence urinaire, réfractaire aux traitements kinésithérapeutique et pharmacologique.

Le diagnostic est posé sur base d'au moins un examen urodynamique.

et

c) Le bénéficiaire doit être apte et disposé à compléter entièrement et correctement le journal de miction proposé.

et

d) Le bénéficiaire doit être en mesure de se déplacer de façon autonome.

et

e) Le bénéficiaire doit avoir une capacité vésicale adéquate. Le détrusor doit permettre le stockage de ce volume sans

obstruction uréthrale.

et

f) Le bénéficiaire doit être âgé de plus de seize ans. Une dérogation à la limite d'âge peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs.

et

g) L'estimation de l'espérance de vie du bénéficiaire après l'implantation du dispositif est de cinq ans au minimum pour un système non rechargeable et de dix ans au minimum pour un système rechargeable.

et

h) La stimulation d'essai, effectuée préalablement à l'implantation durant au moins sept jours, a abouti à:

- Une amélioration d'au moins 50% de l'incontinence urinaire telle que mesurée au moyen du journal de miction. Le journal de miction était rempli trois jours avant jusqu'au trois jours après la stimulation d'essai.

OU

- Une amélioration d'au moins 50% de l'échelle analogique visuelle de "satisfaction" du bénéficiaire. L'évaluation doit être effectuée deux fois; une première fois avant la stimulation d'essai et une seconde fois après la stimulation d'essai.

L'électrode en cas de stimulation d'essai négative :

La prestation 155094-155105 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si:

- les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins sept jours se sont révélés négatifs ou après une interruption prématurée pour une raison médicale (infection, etc.) ;

ET

- tous les autres critères de remboursement repris sous les points 1 et 2.1 susvisés sont rencontrés.

2.1.1 Critère d'inclusion supplémentaire pour l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable

Les prestations 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 182556-182560 et 182615-182626 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable est justifiée par l'état du bénéficiaire ou son âge.

2.2. Critères d'exclusion

a) Sclérose en plaques avec un score > 6 sur l'échelle de Kurtzke;

b) Durant la grossesse;

c) Bénéficiaire présentant des lésions anatomiques qui contrecarrent l'implantation telles que des lésions de la colonne vertébrale (hernie discale), des lésions de la moelle épinière datant de moins de six mois, des complications hémorragiques, etc;

d) Douleur pelvienne d'origine inconnue qui ne s'accompagne pas d'un trouble de la miction;

e) Problèmes psychiatriques et psychologiques qui interfèrent avec l'utilisation du dispositif;

f) bénéficiaire qui ne veut pas ou qui n'est pas en état de subir des examens de suivi ou de suivre des instructions;

g) Obstruction mécanique de voie urinaire comme l'obstruction par hypertrophie de la prostate ou la sténose de l'urètre;

h) bénéficiaire souffrant d'incontinence urinaire de stress.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182512-182523, 182534-182545, 182556-182560, 182571-182582, 182593-182604, 182615-182626, 182630-182641 et 155153-155164 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1 Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, et si nécessaire au moyen d'une ou plusieurs extensions.

Le programmateur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

3.2. Critères

3.2.1. Neurostimulateurs

Tout nouveau neurostimulateur ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1.1., doit faire l'objet d'une demande d'adaptation de la Liste.

3.3. Conditions de garantie

Neurostimulateurs non rechargeables:

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 155013-155024, 155035-155046 et 182571-182582 une garantie totale est exigée pour une période de vingt-quatre mois. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Neurostimulateurs rechargeables:

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604 une garantie totale de neuf ans est exigée pour les neurostimulateurs rechargeables. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182556-182560 et 182615-182626, une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1.1. Neurostimulateurs non rechargeables:

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux dispositions du point 2., le bilan urodynamique, le résultat de la stimulation d'essai, les caractéristiques cliniques, l'historique pertinent du patient et les comorbidités doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.1.2. Neurostimulateurs rechargeables:

La prestation 182512-182523 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire D-Form-I-01 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

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

4.2.1. Neurostimulateurs non rechargeables:

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1.1 doit être appliquée.

4.2.2. Neurostimulateurs rechargeables:

La prestation 182534-182545 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire D-Form-I-01 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments

suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au

pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

Les documents desquels il ressort que le remplacement est justifié doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3. Remplacement prématuré

4.3.1. Neurostimulateurs non rechargeables:

La prestation 182571-182582 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant ce remplacement prématuré et à condition qu´il ait été satisfait aux dispositions en matière de garanties.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours qui suivent la réception d'une demande. La décision du médecin-conseil est communiquée simultanément et immédiatement au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur. La demande est réputée acceptée, sauf opposition du médecin-conseil dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort la justification du remplacement prématuré doivent toujours être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3.2. Neurostimulateurs rechargeables:

La prestation 182593-182604 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire D-Form-I-01 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les trente jours qui suivent la réception d'une demande.

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

La demande est réputée acceptée, sauf opposition du Collège des médecins-directeurs dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort que le remplacement prématuré est justifié doivent toujours être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.4. Dérogation à la procédure

4.4.1. Une dérogation à la limite d'âge peut être accordée avant implantation par le Collège des médecins-directeurs. Pour ces bénéficiaires, le médecin spécialiste en urologie doit introduire un dossier médical complet contenant une anamnèse détaillée au Collège des médecins-directeurs.

Le Collège demande l'avis de la Commission.

4.4.2. 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 pour le remplacement de l'implant et des accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 4.1.

Les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doivent être entre autres mentionnés le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du remplacement, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604 exclut, pendant une période de neuf ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582 et 182534-182545.

6. Résultats et statistiques

Pas d’application.

7. Divers

Pas d’application.

D-§07 Prestations liées	
154335	154346
154350	154361
154372	154383
154394	154405
154416	154420
154431	154442
154475	154486
154490	154501
154534	154545
154556	154560
154571	154582
154593	154604
154615	154626
154630	154641
154696	154700
154711	154722
154733	154744
154755	154766
154770	154781
154851	154862
154954	154965
155190	155201
172675	172686

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

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

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

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

D-§08
Prestations liées

154851	154862
172675	172686

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la prostatectomie radicale endoscopique robotisée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 154851-154862 et 172675-172686 ne peuvent pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Le bénéficiaire a été sélectionné pour un traitement avec prostatectomie radicale en accord avec les directives de l'European Association of Urology les plus récentes ;

- L'indication et la pertinence du traitement ont été discutées pendant une consultation oncologique multidisciplinaire qui a eu lieu avant l'intervention.

La prestation 154851-154862 ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire ne subit pas une prostatectomie radicale assistée par robot.

La prestation 172675-172686 ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire subit une prostatectomie endoscopique radicale assistée par robot.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172675-172686, ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Par «robotisée», il convient d'entendre une intervention effectuée par l'intermédiaire d'un robot équipé de 3 à 4 bras et commandé à distance depuis une console pour interventions par voie endoscopique avec image tridimensionnelle.

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

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172675-172686 et 154851-154862 ne sont pas cumulables.

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

Pas d'application.

8. Divers

Pas d'application.

D-§09

Prestations liées

	181764
155190	155201
181731	
182055	182066
182092	182103

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181731 et 181764 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier.

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

Les prestations 182055-182066, 182092-182103, 155190-155201, 181731 et 181764 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

D-§10

Prestations liées

185216	**185220**

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

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

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

ET

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

ET

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

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Pas d'application.

8. Divers

Pas d'application.

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.1 Intervention sur l'œsophage

E.1.1 Oesophagectomie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155212 - 155223 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature et la prestation 228270-228281 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.244,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.244,38 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155234 - 155245 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature et la prestation 228270-228281 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.244,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.244,38 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155256 - 155260 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature et la prestation 228314-228325 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.244,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.244,38 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155271 - 155282 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature et la prestation 228314-228325 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.244,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.244,38 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155293 - 155304 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature et la prestation 228292-228303 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.519,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.519,66 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155315 - 155326 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature et la prestation 228292-228303 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.519,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.519,66 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155330 - 155341 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature et la prestation 228336-228340 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.519,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.519,66 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155352 - 155363 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature et la prestation 228336-228340 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.519,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.519,66 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.1.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155374 - 155385 Tuteur oesophagien auto-expansible en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*629,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*629,60 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155396 - 155400 Tuteur oesophagien auto-expansible en métal, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.388,11 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.388,11 €*

E.1.3 Sonde de mesure

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155411 - 155422 Sonde de mesure de l'acidité, utilisée lors de la prestation 473594 - 473605 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*46,05 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*25,32 €*
				Montant du remboursement	*20,73 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155433 - 155444 Sonde de mesure de l’acidité et de l’impédance, utilisée lors de la prestation 474670-474681 de la nomenclature à partir de dix-huite ans

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*152,48 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*83,86 €*
				Montant du remboursement	*68,62 €*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155455 - 155466 Sonde de mesure de l'acidité et de l'impédance, utilisée lors de la prestation 474670-474681 de la nomenclature jusqu'à dix-sept ans y compris

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*152,48 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*38,12 €*
				Montant du remboursement	*114,36 €*

E.1.4 Autres

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155470 - 155481 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473270 - 473281 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*97,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*24,30 €*
				Montant du remboursement	*72,92 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

173913 - 173924 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474832 - 474843 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*396,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*396,20 €*

Conditions de remboursement : *E-§12,E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

173935 - 173946 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474876 - 474880 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*693,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*693,35 €*

Conditions de remboursement : *E-§12,E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.1.5 Ablation

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185290 - 185301 Dispositif invasif d'ablation, par intervention, y compris tous les accessoires, pour une ablation par radiofréquence circonférentielle des tissus affectés sur une longueur de ≥ 30 mm dans l'œsophage de Barrett, en cas d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de bas grade

Catégorie de remboursement : II.D.a

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 : *E-§10*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185312 - 185323 Dispositif invasif d'ablation, par intervention, y compris tous les accessoires, pour une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de ≤ 20 mm dans l'œsophage de Barrett, en cas d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de bas grade

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.485,75 €*

Conditions de remboursement : *E-§10*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/03/2025

185334 - 185345 Dispositif invasif d'ablation, par intervention, y compris tous les accessoires, pour une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de > 20 mm dans l'œsophage de Barrett, en cas d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de bas grade

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.981,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.981,00 €*

Conditions de remboursement : *E-§10*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2016

172616 - 172620 Dispositif invasif d'ablation, par intervention, y compris tous les accessoires, pour une ablation par radiofréquence circonférentielle des tissus affectés sur une longueur de ≥ 30 mm dans l'œsophage de Barrett, en cas d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade ou d'une muqueuse de Barrett résiduelle dans l'œsophage après traitement d'un carcinome de type T1

Catégorie de remboursement : II.D.a

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 : *E-§10*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2016

172631 - 172642 Dispositif invasif d'ablation, par intervention, y compris tous les accessoires, pour une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de ≤ 20 mm dans l'œsophage de Barrett, en cas d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade ou d'une muqueuse de Barrett résiduelle dans l'œsophage après traitement d'un carcinome de type T1

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.485,75 €*

Conditions de remboursement : *E-§10*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2016

172653 - 172664 Dispositif invasif d'ablation, par intervention, y compris tous les accessoires, pour une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de > 20 mm dans l'œsophage de Barrett, en cas d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade ou d'une muqueuse de Barrett résiduelle dans l'œsophage après traitement d'un carcinome de type T1

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.981,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.981,00 €*

Conditions de remboursement : *E-§10*

E.2 Intervention sur l'estomac

E.2.1 Gastrectomie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155492 - 155503 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241474 - 241485 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*349,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*87,49 €*
				Montant du remboursement	*262,49 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155514 - 155525 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241474 - 241485 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*349,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*87,49 €*
				Montant du remboursement	*262,49 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155536 - 155540 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241533 - 241544 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*189,31 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*47,32 €*
				Montant du remboursement	*141,99 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155551 - 155562 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241430 - 241441 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*495,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*123,82 €*
				Montant du remboursement	*371,48 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155573 - 155584 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241452 - 241463 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*2.149,02 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*537,25 €*
				Montant du remboursement	*1.611,77 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155595 - 155606 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241452 - 241463 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*712,25 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*178,06 €*
				Montant du remboursement	*534,19 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155610 - 155621 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241555 - 241566 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*376,59 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*94,14 €*
				Montant du remboursement	*282,45 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155632 - 155643 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241415 - 241426 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*495,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*123,82 €*
				Montant du remboursement	*371,48 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.2.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155654 - 155665 Ensemble du matériel utilisé pour le placement d'une sonde de gastrostomie, y compris la sonde de gastrostomie, utilisé lors de la prestation 355950-355961 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*81,86 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*81,86 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155676 - 155680 Ensemble du matériel utilisé pour le placement d'une sonde de gastrostomie, y compris la sonde de gastrostomie, utilisé lors de la prestation 241695-241706 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*40,94 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*40,94 €*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155691 - 155702 Bouton gastrique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*163,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*163,74 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155713 - 155724 Sonde de gastrostomie de remplacement

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*20,46 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*20,46 €*

Conditions de remboursement : *E-§01*

E.2.3 Autres

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155735 - 155746 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241614 - 241625 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*349,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*87,49 €*
				Montant du remboursement	*262,49 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155750 - 155761 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241614 - 241625 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*349,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*87,49 €*
				Montant du remboursement	*262,49 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155772 - 155783 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244716 - 244720 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*367,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*91,84 €*
				Montant du remboursement	*275,54 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.3 Bariatrie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155794 - 155805 Anneau gastrique réglable et système de port de commande, utilisés à l'occasion de la prestation 241813-241824 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.c

Base de remboursement	*1.735,14 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*780,81 €*
				Montant du remboursement	*954,33 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

155816 - 155820 Remplacement du port et/ou cathéter de la prestation 155794-155805

Catégorie de remboursement : I.D.c

Base de remboursement	*247,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*111,54 €*
				Montant du remboursement	*136,33 €*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155831 - 155842 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241776-241780 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.e

Base de remboursement	*614,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*88,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*540,32 €*
				Montant du remboursement	*73,68 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155853 - 155864 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241776-241780 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.c

Base de remboursement	*1.790,85 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*805,88 €*
				Montant du remboursement	*984,97 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155875 - 155886 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241813-241824 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.c

Base de remboursement	*358,17 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*161,17 €*
				Montant du remboursement	*197,00 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155890 - 155901 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241835-241846 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.e

Base de remboursement	*614,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*88,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*540,32 €*
				Montant du remboursement	*73,68 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155912 - 155923 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241835-241846 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.c

Base de remboursement	*2.149,02 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*967,05 €*
				Montant du remboursement	*1.181,97 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.4 Intervention sur l'intestin grêle, le colon, le rectum, l'anus ou l'appendice

E.4.1 Résection

E.4.1.1 Résection de l'intestin grêle

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155934 - 155945 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243235 - 243246 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.213,69 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*303,42 €*
				Montant du remboursement	*910,27 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155956 - 155960 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243235 - 243246 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*300,86 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*75,21 €*
				Montant du remboursement	*225,65 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155971 - 155982 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243250 - 243261 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*349,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*87,49 €*
				Montant du remboursement	*262,49 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.4.1.2 Résection du colon, du rectum ou de l'anus

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

155993 - 156004 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243036 - 243040 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.661,91 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*415,47 €*
				Montant du remboursement	*1.246,44 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156015 - 156026 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243036 - 243040 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*466,64 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*116,66 €*
				Montant du remboursement	*349,98 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156030 - 156041 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243073 - 243084 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.597,44 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*399,36 €*
				Montant du remboursement	*1.198,08 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156052 - 156063 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243073 - 243084 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*427,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*106,94 €*
				Montant du remboursement	*320,82 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156074 - 156085 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244053 - 244064 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.128,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*282,18 €*
				Montant du remboursement	*846,56 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156096 - 156100 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244053 - 244064 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*194,44 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*48,61 €*
				Montant du remboursement	*145,83 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156111 - 156122 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244016 - 244020 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.021,29 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*255,32 €*
				Montant du remboursement	*765,97 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156133 - 156144 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244753 - 244764 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.895,23 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*473,80 €*
				Montant du remboursement	*1.421,43 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156155 - 156166 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244753 - 244764 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*915,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*228,97 €*
				Montant du remboursement	*686,93 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156170 - 156181 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'une hémi-colectomie gauche, d'une résection du sigmoïde ou d'une résection partielle du rectum, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.781,64 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*445,41 €*
				Montant du remboursement	*1.336,23 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156192 - 156203 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'une hémi-colectomie gauche, d'une résection du sigmoïde ou d'une résection partielle du rectum, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.359,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*339,75 €*
				Montant du remboursement	*1.019,25 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156214 - 156225 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'hémi-colectomie droite ou d'une résection segmentaire du colon, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.328,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*332,07 €*
				Montant du remboursement	*996,23 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156236 - 156240 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'hémi-colectomie droite ou d'une résection segmentaire du colon, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*425,71 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*106,42 €*
				Montant du remboursement	*319,29 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156251 - 156262 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244031 - 244042 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.940,26 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*485,06 €*
				Montant du remboursement	*1.455,20 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156273 - 156284 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244031 - 244042 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.386,63 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*346,65 €*
				Montant du remboursement	*1.039,98 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156295 - 156306 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244554 - 244565 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*405,24 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*101,31 €*
				Montant du remboursement	*303,93 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.4.1.3 Appendectomie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156310 - 156321 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243154-243165 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*307,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*168,85 €*
				Montant du remboursement	*138,16 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156332 - 156343 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244871-244882 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.228,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*307,00 €*
				Montant du remboursement	*921,01 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156354 - 156365 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244871-244882 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*230,25 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*57,56 €*
				Montant du remboursement	*172,69 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.4.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

156376 - 156380 Sonde jéjunale

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*22,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*22,51 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

156391 - 156402 Tuteur duodénal auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.388,11 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.388,11 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

156413 - 156424 Tuteur du côlon, auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.388,11 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.388,11 €*

E.4.3 Autres

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156435 - 156446 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473690 - 473701 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*264,02 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*66,00 €*
				Montant du remboursement	*198,02 €*

Conditions de remboursement : *E-§02,E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156450 - 156461 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242115 - 242126 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*870,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*217,71 €*
				Montant du remboursement	*653,16 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156472 - 156483 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242115 - 242126 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*870,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*217,71 €*
				Montant du remboursement	*653,16 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156494 - 156505 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243110 - 243121 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*689,73 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*172,43 €*
				Montant du remboursement	*517,30 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156516 - 156520 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243110 - 243121 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*418,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*104,63 €*
				Montant du remboursement	*313,92 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156531 - 156542 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243272 - 243283 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.149,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*287,30 €*
				Montant du remboursement	*861,92 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156553 - 156564 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243272 - 243283 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.149,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*287,30 €*
				Montant du remboursement	*861,92 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156575 - 156586 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243176 - 243180 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.128,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*282,18 €*
				Montant du remboursement	*846,56 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156590 - 156601 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243176 - 243180 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*185,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*46,30 €*
				Montant du remboursement	*138,92 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156612 - 156623 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243191 - 243202 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156634 - 156645 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244156 - 244160 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*816,63 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*204,15 €*
				Montant du remboursement	*612,48 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156656 - 156660 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244156 - 244160 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*816,63 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*204,15 €*
				Montant du remboursement	*612,48 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156671 - 156682 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244193 - 244204 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*586,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*146,59 €*
				Montant du remboursement	*439,79 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156693 - 156704 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243331 - 243342 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*169,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*42,46 €*
				Montant du remboursement	*127,41 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

173950 - 173961 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474751 - 474762 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*297,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*297,15 €*

Conditions de remboursement : *E-§12,E-§08*

E.4.4 Vidéocapsule

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/03/2021

181392 - 181403 Vidéocapsule endoscopique disposant d'au moins deux caméras pour la détection des polypes du côlon, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*614,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*153,50 €*
				Montant du remboursement	*460,50 €*

Conditions de remboursement : *E-§13*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

158130 - 158141 Vidéocapsule endoscopique utilisée lors de la prestation 473933-473944 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*614,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*153,50 €*
				Montant du remboursement	*460,50 €*

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

E.5.1 Résection

E.5.1.1 Résection du foie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156715 - 156726 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244856-244860 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.026,42 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.026,42 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156730 - 156741 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244856-244860 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*710,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*710,20 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156752 - 156763 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242292 - 242303 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*783,88 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*195,97 €*
				Montant du remboursement	*587,91 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156774 - 156785 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242292 - 242303 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*383,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*95,93 €*
				Montant du remboursement	*287,82 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156796 - 156800 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242336 - 242340 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*783,88 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*195,97 €*
				Montant du remboursement	*587,91 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156811 - 156822 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242336 - 242340 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*383,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*95,93 €*
				Montant du remboursement	*287,82 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156833 - 156844 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242314 - 242325 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*783,88 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*195,97 €*
				Montant du remboursement	*587,91 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156855 - 156866 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242314 - 242325 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*383,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*95,93 €*
				Montant du remboursement	*287,82 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.5.1.2 Résection de la vésicule biliaire

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156870 - 156881 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242454-242465 et 242476-242480 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*305,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*76,49 €*
				Montant du remboursement	*229,49 €*

Conditions de remboursement : *E-§03,E-§08*

E.5.1.3 Résection du pancréas

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156892 - 156903 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 – 242060 et 242911-242922 de la nomenclature et les prestations 242874–242885 et 242896–242900 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*97,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*24,30 €*
				Montant du remboursement	*72,92 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156914 - 156925 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 – 242060 et 242911-242922 de la nomenclature et les prestations 242874–242885 et 242896–242900 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*97,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*24,30 €*
				Montant du remboursement	*72,92 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156936 - 156940 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 – 242023 de la nomenclature et la prestation 242830–242841 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*883,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*220,78 €*
				Montant du remboursement	*662,37 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156951 - 156962 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 – 242023 de la nomenclature et la prestation 242830–242841 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*883,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*220,78 €*
				Montant du remboursement	*662,37 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

156973 - 156984 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242034 – 242045 de la nomenclature et la prestation 242852–242863 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*554,65 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*138,66 €*
				Montant du remboursement	*415,99 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.5.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

156995 - 157006 Tuteur biliaire en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*74,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,37 €*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157010 - 157021 Tuteur biliaire, auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*991,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*991,51 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157032 - 157043 Tuteur pancréatique en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*74,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,37 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157054 - 157065 Tuteur pancréatique, auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*991,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*991,51 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157076 - 157080 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723 de la nomenclature, par voie endoscopique, sans utilisation de ballonnet de dilatation

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*365,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*91,33 €*
				Montant du remboursement	*274,01 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157091 - 157102 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723 de la nomenclature, par voie endoscopique, le ballonnet de dilatation utilisé inclus

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*599,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*149,92 €*
				Montant du remboursement	*449,76 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/09/2024 Date première publication : 1/09/2024

185356 - 185360 Tuteur biliaire d'apposition luminal, auto-expansible, en métal, avec son système de placement équipé d'une fonction d'électrocautérisation, utilisé lors de la prestation 473911-473922 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	39501
Base de remboursement	*3.074,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*3.074,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.074,00 €*

Conditions de remboursement : *E-§15*

E.5.3 Autres

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157113 - 157124 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473830 - 473841 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	*440,04 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*110,01 €*
				Montant du remboursement	*330,03 €*

Conditions de remboursement : *E-§02,E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157135 - 157146 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242491 - 242502 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	*163,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*40,93 €*
				Montant du remboursement	*122,81 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157150 - 157161 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242491 - 242502 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	*163,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*40,93 €*
				Montant du remboursement	*122,81 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157172 - 157183 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242373 - 242384 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157194 - 157205 Matériel pour biopsie hépatique percutanée utilisé lors de la prestation 355751 - 355762 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*20,46 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*20,46 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157216 - 157220 Ensemble du matériel pour le prélèvement d'une biopsie hépatique via une cathétérisation transjugulaire, utilisé lors de la prestation 473410 - 473421 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*255,84 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*255,84 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157253 - 157264 Set de cysto-entérostomie ou de cystogastrostomie utilisé lors de la prestation 473911 - 473922 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*291,65 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*72,91 €*
				Montant du remboursement	*218,74 €*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

173972 - 173983 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474736 - 474740 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.188,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.188,60 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

173994 - 174005 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474773 - 474784 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*198,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*198,10 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.5.4 Dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique

Date dernière modification : 1/10/2021 Date première publication : 1/08/2015

172314 - 172325 Ensemble du matériel de consommation, y compris l'utilisation de l'appareil, pour la réalisation d'une session de dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*2.034,41 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.034,41 €*

Conditions de remboursement : *E-§09*

E.5.5 Ablation

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/07/2014

157231 - 157242 Utilisation des cathéters à radiofréquence lors de l'ablation endoscopique de tumeurs du foie

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2024 Date première publication : 1/04/2024

185231 - 185242 Dispositif invasif d'ablation, par intervention, y compris tous les accessoires, pour l'ablation par radiofréquence de tumeurs pancréatiques neuroendocrines non métastasées inférieures ou égales à 20 mm, sous guidage écho-endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

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

Conditions de remboursement : *E-§14*

E.6 Autres chirurgies abdominales, digestives ou oncologiques (debulking, ...)

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157275 - 157286 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244893-244904 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*409,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*409,33 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157290 - 157301 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244893-244904 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*409,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*409,33 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157312 - 157323 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244915-244926 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*409,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*409,33 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157334 - 157345 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244915-244926 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*409,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*409,33 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157356 - 157360 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244930-244941 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.801,09 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.801,09 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157371 - 157382 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 244952-244963 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*409,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*409,33 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157393 - 157404 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 240472-240483 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*207,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*51,93 €*
				Montant du remboursement	*155,81 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157415 - 157426 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 240450-240461 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*207,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*51,93 €*
				Montant du remboursement	*155,81 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157430 - 157441 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243751 - 243762 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*827,88 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*206,97 €*
				Montant du remboursement	*620,91 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157452 - 157463 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243751 - 243762 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*383,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*95,93 €*
				Montant du remboursement	*287,82 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157474 - 157485 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243773 - 243784 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*921,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*230,25 €*
				Montant du remboursement	*690,76 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157496 - 157500 Ensemble du matériel de consommation, y compris le système d'aspiration pour l'évacuation des vapeurs toxiques développé spécifiquement pour la prestation 244974-244985 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.637,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.637,35 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

180014 - 180025 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474891 - 474902 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*138,67 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*138,67 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

180036 - 180040 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474795 - 474806 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*148,58 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*148,58 €*

Conditions de remboursement : *E-§11,E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/11/2016

180051 - 180062 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474810 - 474821 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*396,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*396,20 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.7 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157511 - 157522 Sphincter anal artificiel pour le traitement de l'incontinence fécale, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31701
Base de remboursement	*5.424,52 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*5.424,52 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5.424,52 €*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2021

181672 - 181683 Sphincter anal artificiel de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31701
Base de remboursement	*5.424,52 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*5.424,52 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5.424,52 €*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2021

181694 - 181705 Sphincter anal artificiel de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale, y compris les accessoires, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31701
Base de remboursement	*5.424,52 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*5.424,52 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5.424,52 €*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E.8 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157533 - 157544 Premier neurostimulateur pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.414,45 €*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157555 - 157566 Neurostimulateur de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.414,45 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157570 - 157581 Electrode pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.135,14 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157592 - 157603 Électrode de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.135,14 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157614 - 157625 Programmateur patient pour neurostimulation en cas de traitement de l’incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31803
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*606,48 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157636 - 157640 Premier neurostimulateur non-rechargeable pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31901

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *6.740,86 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157651 - 157662 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31901

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *6.740,86 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157673 - 157684 Electrode pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31903

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.372,79 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157695 - 157706 Électrode de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31903

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *1.372,79 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157710 - 157721 Electrode en cas de stimulation d'essai négative lors du traitement de l’incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31903
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.372,79 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157732 - 157743 Extension pour neurostimulateur lors du traitement de l’incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31902
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157754 - 157765 Extension de remplacement pour neurostimulateur lors du traitement de l’incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31902
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*264,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2014

157776 - 157780 Programmateur patient pour neurostimulation lors du traitement de l’incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31904
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*606,48 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2021

181591 - 181602 Neurostimulateur de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.414,45 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2021

181613 - 181624 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31803
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*606,48 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2021

181635 - 181646 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31901
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*6.740,86 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/07/2021

181650 - 181661 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31904
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*606,48 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/06/2022

182733 - 182744 Premier neurostimulateur rechargeable pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31905

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*6.740,86 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/06/2022

182755 - 182766 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31905

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*6.740,86 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/06/2022

182770 - 182781 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable lors du traitement de l’incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31906

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/06/2022

182792 - 182803 Neurostimulateur rechargeable pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31905

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*6.740,86 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/06/2022

182814 - 182825 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31906

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E.9 Traitement d'hernies

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157791 - 157802 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241872-241883 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*716,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*179,08 €*
				Montant du remboursement	*537,26 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157813 - 157824 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241894-241905 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*716,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*179,08 €*
				Montant du remboursement	*537,26 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157835 - 157846 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241916-241920 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*716,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*179,08 €*
				Montant du remboursement	*537,26 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157850 - 157861 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241931-241942 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*992,64 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*248,16 €*
				Montant du remboursement	*744,48 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

157872 - 157883 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241032-241043 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*354,07 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*88,51 €*
				Montant du remboursement	*265,56 €*

Conditions de remboursement : *E-§05,E-§08*

E.10 Filets

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157894 - 157905 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou pour réparation d'une hernie inguinale ou pour la protection d'un organe jusque 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*0,50 €*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*0,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,25 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*0,50 €*

Conditions de remboursement : *E-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

157916 - 157920 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou pour réparation d'une hernie inguinale ou pour la protection d'un organe à partir de 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*0,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*0,44 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,04 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*0,40 €*

Conditions de remboursement : *E-§06*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/07/2014

157931 - 157942 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale), conçu pour un placement intrapéritonéen et en contact avec un organe jusque 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	32001
Base de remboursement	*2,97 €*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*3,86 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,89 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2,97 €*

Conditions de remboursement : *E-§06*

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/07/2014

157953 - 157964 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale), conçu pour un placement intrapéritonéen et en contact avec un organe à partir de 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	32002
Base de remboursement	*1,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2,57 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,59 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1,98 €*

Conditions de remboursement : *E-§06*

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/07/2014

157990 - 158001 Filet préformé pour réparation d'une hernie inguinale

Catégorie de remboursement :	I.E.b			**Liste Nom.**	32101
Base de remboursement	*193,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*48,33 €*
				Montant du remboursement	*145,02 €*

Conditions de remboursement : *E-§06*

Date dernière modification : 1/08/2021 Date première publication : 1/07/2014

158012 - 158023 Filet préformé pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale)

Catégorie de remboursement :	I.E.b			**Liste Nom.**	32102
Base de remboursement	*193,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*48,33 €*
				Montant du remboursement	*145,02 €*

Conditions de remboursement : *E-§06*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.11 Intervention sur la rate ou les glandes surrénales

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

158056 - 158060 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242712 - 242723 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*413,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*103,35 €*
				Montant du remboursement	*310,08 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

158071 - 158082 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242712 - 242723 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*413,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*103,35 €*
				Montant du remboursement	*310,08 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

158093 - 158104 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242690 - 242701 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*443,11 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*110,77 €*
				Montant du remboursement	*332,34 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

158115 - 158126 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242631 - 242642 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*653,92 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*163,48 €*
				Montant du remboursement	*490,44 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.12 Divers

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

158152 - 158163 Shunt péritonéoveineux pour traitement d'ascite

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.344,48 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.344,48 €*

Date dernière modification : 1/01/2020 Date première publication : 1/07/2014

158211 - 158222 Anse pour l'ablation endoscopique de polypes ou de lésions nodulaires dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors d'une des prestations 473955 – 473966 ou 473211 - 473222 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*20,46 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*11,25 €*
				Montant du remboursement	*9,21 €*

Date dernière modification : 1/01/2020 Date première publication : 1/07/2014

158233 - 158244 Pince pour le prélèvement endoscopique d'une biopsie dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors de la prestation 472356 - 472360, 472452 - 472463, 473056 - 473060, 473093 - 473104, 473174 - 473185, 473211 – 473222 ou 473432 – 473443 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*15,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*8,44 €*
				Montant du remboursement	*6,91 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/01/2020 Date première publication : 1/07/2014

158255 - 158266 Aiguille pour l'injection d'un agent sclérosant, utilisée lors d'une des prestations 473211 - 473222, 473270 - 473281, 473675 - 473686 ou 473771 - 473782 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*15,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*3,83 €*
				Montant du remboursement	*11,52 €*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

158270 - 158281 Un ou plusieurs ballon(s) utilisé(s) par voie endoscopique pour le traitement des constrictions et des sténoses dans le tractus gastro-intestinal, utilisé lors d'une des prestations 472091-472102 ou 473815-473826 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*194,44 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*48,61 €*
				Montant du remboursement	*145,83 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

158292 - 158303 Brosse de cytologie utilisée lors d'une des prestations 472356 - 472360, 473056 - 473060, 473734 - 473745, 473093 - 473104, 473690 - 473701 ou 473712 - 473723 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*15,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*8,44 €*
				Montant du remboursement	*6,91 €*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

158314 - 158325 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243611 - 243622 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

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

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

158336 - 158340 Cathéter à demeure en vue d'une dialyse péritonéale chronique

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*235,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*235,98 €*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

158373 - 158384 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 353253 – 353264 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*307,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*168,85 €*
				Montant du remboursement	*138,16 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

158395 - 158406 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 350512 – 350523 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*307,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*168,85 €*
				Montant du remboursement	*138,16 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

180073 - 180084 Aiguille cytologique utilisée lors d'un examen gastro-entérologique couplé avec une écho-endoscopie et une ponction

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*148,58 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*148,58 €*

Conditions de remboursement : *E-§07,E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

180095 - 180106 Aiguille histologique utilisée lors d'un examen gastro-entérologique couplé avec une écho-endoscopie et une ponction

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*272,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*272,39 €*

Conditions de remboursement : *E-§07,E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

180110 - 180121 Ensemble du matériel de consommation, y compris le clip d'hémostase éventuel, utilisé lors de la prestation 473970-473981 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*594,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*594,30 €*

Conditions de remboursement : *E-§11,E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

180132 - 180143 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473771 - 473782 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*297,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*297,15 €*

Conditions de remboursement : *E-§07,E-§12,E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/11/2016

180154 - 180165 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 472393 - 472404 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*99,05 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*99,05 €*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Conditions de remboursement

E-§01

Prestations liées

155713	155724

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux sondes de gastrostomie de remplacement, 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 non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 155713-155724 ne peut être attestée que maximum trois fois par an.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

E-§02

Prestations liées

156435	156446
157113	157124

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel, avec ou sans matériel implantable, utilisé lors d'une fibroduodénoscopie avec papillotomie ou lors d'une cholangiowirsungographie rétrograde avec extraction de calculs cholédociens, 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
Les prestations 156435-156446 et 157113-157124 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

E-§03
Prestations liées

156870	156881

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors d'une cholécystectomie, 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
Pour la prestation 156870-156881, l'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée que lorsque le nombre de journées d'hospitalisation postopératoire à compter de la date de l'intervention est de quatre maximum.
Aucun montant supplémentaire ne peut être porté en compte au bénéficiaire pour ce matériel quelle que soit la durée du séjour .

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

E-§04 Prestations liées	
157511	157522
157533	157544
157555	157566
157570	157581
157592	157603
157614	157625
157636	157640
157651	157662
157673	157684
157695	157706
157710	157721
157732	157743
157754	157765
157776	157780
181591	181602
181613	181624
181635	181646
181650	181661
181672	181683
181694	181705
182733	182744
182755	182766
182770	182781
182792	182803
182814	182825

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 182770-182781, 182814-182825, 157511-157522, 181672-181683 et 181694-181705 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. L'établissement hospitalier doit disposer d'une équipe multidisciplinaire responsable de la pose de l'indication, du screening, de l'implantation et du suivi à long terme du traitement. Cette équipe est composée d'au moins 5 membres, à savoir un chirurgien abdominal ou colorectal, un gastro-entérologue avec une qualification professionnelle particulière en proctologie, un urologue, un gynécologue et un kinésithérapeute avec une qualification professionnelle particulière en rééducation abdomino-pelvienne et périnatale. Ces membres travaillent chacun au moins mi-temps dans l'établissement hospitalier traitant.

1.2. Le médecin spécialiste implanteur qui doit faire partie de l'équipe multidisciplinaire décrite au point 1.1., a une expertise dans le domaine du traitement chirurgical de l'incontinence fécale, démontrée et maintenue de manière continue par un minimum de deux interventions en moyenne prestées sur deux années. Ceci est calculé comme la moyenne pour les années x-3 et x-4 pour les prestations suivantes de la Liste : 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157710-157721, 157511-157522, 181672

-181683 et 181694-181705.

1.3. L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire E-Form-II-02 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 182770-182781, 182814-182825, 157511-157522, 181672-181683 et 181694-181705 selon les modalités de soumission déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes ; les prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 182770-182781, 182814-182825, 157511-157522, 181672-181683 et 181694-181705 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 E-Form-II-02 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire E-Form-II-02 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 182770-182781, 182814-182825, 157511-157522, 181672-181683 et 181694-181705 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion pour la graciloplastie dynamique, la stimulation du nerf sacré et le sphincter anal artificiel

a) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ou du sphincter anal artificiel ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes, d'un neurostimulateur ou d'un sphincter anal artificiel entrent en ligne de compte. Le bénéficiaire s'engage à être évalué et suivi au moins une fois par année par l'équipe multidisciplinaire afin de conserver une relation thérapeutique.

Le consentement éclairé doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement proposé et du suivi obligatoire du traitement après implantation. Le consentement éclairé signé doit être conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.

et

b) Le bénéficiaire est atteint de l'incontinence fécale depuis plus de six mois, démontrée au moyen d'un carnet de bord.

ou

Le bénéficiaire est atteint de l'incontinence fécale suite à une reconstruction périnéale après amputation abdomino-périnéale du rectum.

L'incontinence fécale est définie comme la perte involontaire de selles solides ou liquides.

L'incontinence fécale est évaluée au moyen du score de WEXNER. Seuls des bénéficiaires avec au moins 12/20 pour le score total et/ou 2/4 pour les selles solides ou liquides entrent en ligne de compte.

et

c) L'incontinence fécale n'a pas réagi ou insuffisamment aux traitements antérieurs consistant en au moins des traitements médicamenteux et en rééducation pelvienne et/ou en biofeedback.

et

d) Suite à l'incontinence fécale, le bénéficiaire est limité dans la vie quotidienne. L'impact de l'incontinence fécale sur la qualité de vie est évalué au moyen d'un carnet de bord ou du Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQL).

et

e) Le diagnostic est posé sur base au moins des examens suivants :

• Manométrie ano-rectale (pression basale au repos, pression maximale volontaire en valeur absolue et sensation de remplissage du rectum)

• Echographie endo-anale. En cas de présence d'un défaut du sphincter interne/externe : étiologie et durée de la présence

• (Colpo-)cysto-défécographie : obligatoire seulement pour les personnes qui ont un utérus

2.1.1. Critère d'inclusion supplémentaire pour la stimulation du nerf sacré

Les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins quinze jours sont positifs. La stimulation d'essai est positive lorsque les deux conditions suivantes sont remplies après au moins quinze jours:

• Diminution d'au moins 50% de l'incontinence fécale telle que mesurée au moyen du score de WEXNER. L'évaluation doit être effectuée deux fois; une première fois avant la stimulation d'essai et une seconde fois avant la fin de la stimulation d'essai.

ET

• Une aggravation de l'incontinence fécale telle que mesurée au moyen du score de WEXNER après l'arrêt de la stimulation d'essai.

L'électrode en cas de stimulation d'essai négative :

La prestation 157710-157721 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si:

- les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins quinze jours se sont révélés négatifs ou après une interruption prématurée pour une raison médicale (infection, etc.) ;

et

- tous les autres critères de remboursement repris sous les points 1. et 2.1. susvisés sont rencontrés.

2.1.2. Critère d'inclusion supplémentaire pour l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable

Les prestations 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 182770-182781 et 182814-182825 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable est justifiée par l'état du bénéficiaire ou son âge.

2.2. Critères d'exclusion pour la graciloplastie dynamique, la stimulation du nerf sacré et le sphincter anal artificiel

a) une grossesse en cours

ou

b) un prolapsus externe ou prolapsus recto-anal interne

ou

c) une diarrhée chronique causée par une autre pathologie sous-jacente

ou

d) une recrudescence d'une maladie intestinale chronique, telle qu'une maladie inflammatoire de l'intestin (IBD) ou un syndrome de l'intestin irritable (IBS) durant les 3 années précédant l'implantation

ou

e) une stomie intestinale définitive

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition

3.1.1. Neurostimulateurs

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté

chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, et si nécessaire au moyen d'une ou plusieurs extensions.

Le programmateur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

3.1.2. Sphincter anal artificiel

Le sphincter anal artificiel est composé d'une manchette gonflable et d'une pompe avec système de contrôle.

3.2. Critères

3.2.1. Neurostimulateurs

Tout nouveau neurostimulateur ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1.1., doit faire l'objet d'une demande d'adaptation de la Liste.

3.3. Conditions de garantie

Neurostimulateurs non-rechargeables :

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157636-157640, 157651-157662, et 181635-181646 une garantie totale est exigée pour une période de vingt-quatre mois. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Neurostimulateurs rechargeables:

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182733-182744, 182755-182766 et 182792-182803, une garantie totale de neuf ans est exigée pour les neurostimulateurs rechargeables.

Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182770-182781 et 182814-182825, une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

4.1.1. Neurostimulateurs non-rechargeables et sphincter anal artificiel:

Les prestations 157533-157544, 157636-157640, 157614-157625, 157673-157684, 157732-157743, 157776-157780 et 157511-157522, ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire est sélectionné au préalable par une équipe multidisciplinaire dont la composition est décrite au point 1.

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 pertinent du patient et les comorbidités doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.1.2. Neurostimulateurs rechargeables:

La prestation 182733-182744 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire E-Form-I-04 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

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

4.2.1. Neurostimulateurs non-rechargeables et sphincter anal artificiel:

Les prestations 157555-157566, 157651-157662, 157695-157706, 157754-157765, 181613-181624, 181650-181661, et

181672-181683 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si les documents desquels il ressort que le remplacement est justifié sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2.2. Neurostimulateurs rechargeables:

La prestation 182755-182766 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire E-Form-I-04 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

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

Les documents desquels il ressort que le remplacement est justifié doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3. Remplacement prématuré

4.3.1. Neurostimulateurs non-rechargeables et sphincter anal artificiel:

Les prestations 181591-181602, 181635-181646, et 181694-181705 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant ce remplacement prématuré et à condition qu´il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours qui suivent la réception d'une demande.

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

La demande est réputée acceptée, sauf opposition du médecin-conseil dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort que le remplacement prématuré est justifié doivent également être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3.2. Neurostimulateurs rechargeables:

La prestation 182792-182803 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire E-Form-I-04 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les trente jours qui suivent la réception d'une demande.

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

au médecin-spécialiste implanteur.

La demande est réputée acceptée, sauf opposition du Collège des médecins-directeurs dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort que le remplacement prématuré est justifié doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

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 pour le remplacement de l'implant et des accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 4.1.

Les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doivent être entre autres mentionnés le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du remplacement, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d’attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l’assurance obligatoire pour les prestations 182733-182744, 182755-182766 et 182792-182803 exclut, pendant une période de neuf ans, une intervention de l’assurance obligatoire pour les prestations 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646 et 182755-182766.

6. Résultats et statistiques

La Commission peut, en tout temps, demander à la Section belge de Chirurgie Colorectale de la Société royale belge de Chirurgie une évaluation avec rapport.

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

7. Divers

Pas d’application.

E-§05
Prestations liées

157872 157883

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors d'une hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale, 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
Pour la prestation 157872-157883, l'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée que lorsque le nombre de journées d'hospitalisation postopératoire à compter de la date de l'intervention est de cinq maximum.
Aucun montant supplémentaire ne peut être porté en compte au bénéficiaire pour ce matériel, quelle que soit la durée du séjour

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

E-§06
Prestations liées

157894	157905
157916	157920
157931	157942
157953	157964
157990	158001
158012	158023

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filets pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale et pour réparation d'une hernie inguinale, 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 157931-157942, 157953-157964, 157990-158001 et 158012-158023 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
Les filets pour la réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale), conçus pour un placement intrapéritonéen et en contact avec un organe et les filets préformés pour la réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou la réparation d'une hernie inguinale ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il existe au moins une étude prospective, randomisée ou non, avec un follow-up d'au moins un an, publiée dans un journal peer-reviewed qui démontre que le filet est au moins équivalent en sécurité et en efficacité au « gold standard » (le taux de récidive après un an étant le paramètre le plus important).
Le "gold standard" pour les réparations d'une hernie ventrale (> 2 cm) ou d'une hernie cicatricielle est la technique de "sublay" avec un filet comme prévu dans les prestations 157894–157905 et 157916-157920. Le "gold standard" pour la réparation d'une hernie inguinale est la technique de Lichtenstein avec un filet comme prévu dans les prestations 157894–157905 et 157916-157920 ou le placement laparoscopique d'un filet comme prévu dans les prestations 157894–157905 et 157916-157920.

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
Par filet utilisé, une seule des prestations 157894-157905, 157916-157920, 157931-157942, 157953-157964, 157990-158001 ou 158012-158023 peut être attestée.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Les prestations 157894-157905 et 157916-157920 doivent être considérées comme des prestations de base.

E-§07
Prestations liées

180073	180084
180095	180106
180132	180143

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation, avec ou sans matériel implantable, utilisé lors d'une hémostase en urgence pour hémorragie digestive ou pour les prestations relatives au(x) prélèvement(s) à l'aiguille de tissu au travers de la paroi du tube digestif, par écho-endoscopie, 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
Les prestations 180073-180084, 180095-180106 et 180132-180143 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

E-§08 Prestations liées	
155212	155223
155234	155245
155256	155260
155271	155282
155293	155304
155315	155326
155330	155341
155352	155363
155470	155481
155492	155503
155514	155525
155536	155540
155551	155562
155573	155584
155595	155606
155610	155621
155632	155643
155735	155746
155750	155761
155772	155783
155831	155842
155853	155864
155875	155886
155890	155901
155912	155923
155934	155945
155956	155960
155971	155982
155993	156004
156015	156026
156030	156041
156052	156063
156074	156085
156096	156100
156111	156122
156133	156144
156155	156166
156170	156181
156192	156203
156214	156225
156236	156240

156251	156262
156273	156284
156295	156306
156310	156321
156332	156343
156354	156365
156435	156446
156450	156461
156472	156483
156494	156505
156516	156520
156531	156542
156553	156564
156575	156586
156590	156601
156612	156623
156634	156645
156656	156660
156671	156682
156693	156704
156715	156726
156730	156741
156752	156763
156774	156785
156796	156800
156811	156822
156833	156844
156855	156866
156870	156881
156892	156903
156914	156925
156936	156940
156951	156962
156973	156984
157076	157080
157091	157102
157113	157124
157135	157146
157150	157161
157172	157183
157275	157286
157290	157301
157312	157323

157334	157345
157356	157360
157371	157382
157393	157404
157415	157426
157430	157441
157452	157463
157474	157485
157791	157802
157813	157824
157835	157846
157850	157861
157872	157883
158056	158060
158071	158082
158093	158104
158115	158126
158233	158244
158314	158325
158373	158384
158395	158406
173913	173924
173935	173946
173950	173961
173972	173983
173994	174005
180014	180025
180036	180040
180051	180062
180073	180084
180095	180106
180110	180121
180132	180143
180154	180165

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

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

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

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

E-§09
Prestations liées

172314 172325

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de consommation pour la réalisation d'une dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 172314-172325 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 :

1.1. L'établissement hospitalier dispose d'un centre de dialyse agréé par l'autorité compétente ainsi que d'un centre de transplantation agréé comme service médical conformément aux dispositions de l'AR du 23/06/2003 fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux.

1.2. La dialyse hépatique ne peut être effectuée que dans un hôpital universitaire ayant une expertise dans ce domaine.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172314-172325 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire est atteint de troubles hépatiques sévères compliqués appartenant à l'une des catégories suivantes :

a) Acute-on-chronic liver failure (ACLF) grade ≥2 selon le score CLIF-C ACLF

ET

le bénéficiaire répond aux critères pour une transplantation et se trouve sur la liste d'attente pour une transplantation hépatique.

b) "Primary non-function" après transplantation hépatique

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

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.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172314-172325 ne peut être accordée qu'une seule fois par session de dialyse hépatique.

6. Résultats et statistiques

La Commission peut, à tout moment, demander à « Belgian Liver & Intestine Advisory Committee (BeLIAC) » une évaluation avec rapport.

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

7. Divers

Pas d'application.

E-§10	
Prestations liées	
172616	**172620**
172631	**172642**
172653	**172664**
185290	**185301**
185312	**185323**
185334	**185345**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux cathéters pour l'ablation par radiofréquence de dysplasies d'un œsophage de Barrett, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172616-172620, 172631-172642, 172653-172664, 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345 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.

L'établissement hospitalier dispose d'une équipe multidisciplinaire qui pose l'indication. Cette équipe est composée d'au moins les médecins spécialistes suivants :

a. 1 médecin spécialiste en gastro-entérologie ayant une expertise en endoscopie interventionnelle du système digestif par voie orale

ET

b. 1 médecin spécialiste en anatomie pathologique ayant une expertise dans le diagnostic des lésions et des tumeurs de l'œsophage et de la jonction gastro-œsophagienne

ET

c. 1 médecin spécialiste en chirurgie ayant une expertise en chirurgie oncologique et non-oncologique de l'œsophage

ET

d. 1 médecin spécialiste en gastroentérologie oncologique OU 1 médecin spécialiste en oncologie médicale

ET

e. 1 médecin spécialiste en radiodiagnostic ayant une expertise en matière d'affections œsophagiennes, y compris le cancer.

1.2.

Le médecin spécialiste qui exécute l'ablation par radiofréquence et qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire visée au point 1.1, a une expertise approfondie dans le traitement endoscopique de l'œsophage de Barrett.

Au moment de l'introduction de la candidature, cette expertise approfondie doit être documentée par :

– Une preuve qu'au moins 30 résections endoscopiques ont été effectuées sous la supervision d'un médecin spécialiste repris sur la liste des médecins spécialistes visée sous le point 1.4.

OU

Une preuve qu'au moins 30 résections endoscopiques ont été effectuées de façon autonome.

L'expertise en résection endoscopique est démontrée par la somme des prestations attestées 474795-474806 et 473970-473981 prestées durant les années x-3 et x-2.

ET

- Une preuve qu'au moins 30 ablations par radiofréquence ont été effectuées sous la supervision d'un médecin spécialiste repris sur la liste des médecins spécialistes visée sous le point 1.4.

OU

Une preuve qu'au moins 30 ablations par radiofréquence ont été effectuées de façon autonome.

L'expertise en ablation par radiofréquence est démontrée par la somme des prestations attestées 172616-172620, 172631-172642, 172653-172664, 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345 prestées durant les années x-3 et x-2.

1.3.

Afin de maintenir une expertise suffisante, dans l'établissement hospitalier, sont traités annuellement, par médecin spécialiste effectuant des ablations par radiofréquence et qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire visée au point 1.1, au moins sept nouveaux cas de l'œsophage de Barrett avec dysplasie de haute grade ou d'une muqueuse de Barrett résiduelle dans l'œsophage après traitement par mucosectomie/dissection sous-muqueuse d'un carcinome de type T1. Ce nombre est démontrée sur la base des prestations attestées 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664 prestées durant l'année x-2.

1.4. Formulaire de candidature de l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire E-Form-II-01 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 172616-172620, 172631-172642, 172653-172664, 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes; les prestations 172616-172620, 172631-172642, 172653-172664, 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date. Seules les prestations relatives au matériel utilisé lors d'une intervention effectuée par un médecin spécialiste repris nominativement sur cette liste peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire. 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, l'établissement hospitalier est supprimé de cette liste. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire E-Form-II-01 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire E-Form-II-01 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172616-172620, 172631-172642, 172653-172664, 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Pour les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664

Le bénéficiaire est atteint d':

a) a) un œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade (type HGIN), suivant la classification de Vienne modifiée.

OU

une muqueuse de Barrett résiduelle dans l'œsophage après traitement par mucosectomie ou dissection sous-muqueuse d'un carcinome de type T1 suivant la classification de Vienne modifiée.

ET

b) b) Préalablement à chaque nouvelle série de séances d'ablation par radiofréquence, l'indication et la pertinence du traitement ont été discutées et évaluées lors d'une consultation multidisciplinaire d'oncologie (COM) à laquelle sont présents tous les membres de l'équipe multidisciplinaire visée au point 1.1.

Le diagnostic est posé sur la base d'au moins une série de biopsies. Toutes les biopsies doivent subir une deuxième évaluation anatomopathologique par un médecin spécialiste en anatomie-pathologique, indépendant et ayant de l'expertise dans le diagnostic des tumeurs et des lésions de l'œsophage et de la jonction gastro-œsophagienne. Ce médecin spécialiste indépendant ne travaille pas dans le laboratoire où la première évaluation anatomopathologique a été réalisée. Les biopsies sont réalisées selon le protocole de Seattle.

2.2. Pour les prestations 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345

Le bénéficiaire est atteint d' :

a) a) un œsophage de Barrett avec dysplasie de bas grade (type LGIN), suivant la classification de Vienne modifiée.

ET

b) b) Préalablement à chaque nouvelle série de séances d'ablation par radiofréquence, l'indication et la pertinence du traitement ont été discutées et évaluées lors d'une concertation multidisciplinaire à laquelle sont présents tous les membres de l'équipe multidisciplinaire visée au point 1.1.

Le diagnostic est posé sur la base d'au moins deux séries de biopsies réalisées pendant au moins deux gastroscopies distinctes avec un intervalle entre cinq et sept mois et en l'absence d'une œsophagite par reflux. Au moins une de ces endoscopies avec biopsies doit avoir été réalisée lorsque le patient est sous traitement par inhibiteur de la pompe à protons à dose élevée depuis au moins huit semaines, et est réalisée dans un établissement hospitalier tel que visé au point 1. Toutes

les biopsies sont réalisées selon le protocole de Seattle.

Toutes les biopsies doivent subir une deuxième évaluation anatomopathologique par un médecin spécialiste en anatomie-pathologique, indépendant et ayant de l'expertise dans le diagnostic des tumeurs et des lésions de l'œsophage et de la jonction gastro-œsophagienne. Ce médecin spécialiste indépendant ne travaille pas dans le laboratoire où la première évaluation anatomopathologique de cette biopsie a été réalisée.

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

5.2.1. Pour les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664

Par nouvelle série de séances d'ablation par radiofréquence, un maximum de cinq prestations pour ablation par radiofréquence peut être remboursé. De ces cinq prestations, la prestation 172616-172620 peut être remboursée au maximum deux fois et les prestations 172631-172642 et 172653-172664 cumulées au maximum quatre fois.

5.2.2. Pour les prestations 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345

Par nouvelle série de séances d'ablation par radiofréquence, un maximum de cinq prestations pour ablation par radiofréquence peut être remboursé. De ces cinq prestations, la prestation 185290-185301 peut être remboursée au maximum deux fois et les prestations 185312-185323 et 185334-185345 cumulées au maximum quatre fois.

5.2.3. Mesures transitoires

Les établissements hospitaliers qui exécutent des ablations par radiofréquence et figurent sur la liste des établissements hospitaliers en vigueur au 28 février 2025 seront repris sur la liste des établissements hospitaliers en vigueur au 1er mars 2025 à condition d'introduire un nouveau formulaire E-Form-II-01 ; les critères mentionnés au point 1.2. seront considérés comme respectés pour les médecins spécialistes identifiés comme membres de l'équipe multidisciplinaire sur le formulaire de candidature E-Form-II-01 introduit précédemment pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers en vigueur au 28 février 2025.

Les critères mentionnés au point 1.2. seront d'application pour les médecins spécialistes qui n'étaient pas identifiés comme membres de l'équipe multidisciplinaire de cet établissement hospitalier sur le formulaire de candidature E-Form-II-01 introduit précédemment pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers en vigueur au 28 février 2025.

Les critères mentionnés au point 1.2. seront également d'application pour les établissements hospitaliers figurant sur la liste des établissements hospitaliers en vigueur au 28 février 2025 en tant qu'établissements hospitaliers additionnels pour autant qu'ils introduisent un formulaire E-Form-II-01 en vue d'être repris sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes en vigueur à partir du 1er mars 2025.

6. Résultats et statistiques

La Commission peut, en tout temps, demander au Registre du Cancer et le Belgian Society of Gastrointestinal Endoscopy une évaluation avec rapport. La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement E-§10 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné aux points 1.4. et 5.2.3. 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, alinéa 1er, 2° 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, 1° et 2 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.

E-§11
Prestations liées

180036	180040
180110	180121

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux excisions d'une tumeur du tube digestif par dissection sous-muqueuse ou par mucosectomie, par endoscopie, 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

Les prestations 180110-180121et 180036-180040 ne sont pas cumulables avec 180073-180084, 180095-180106, 173972-173983, 180014-180025, 173994-174005, 180154-180165, 158211-158222, 158233-158244, 158255-158266, 155470-155481, 158270-158281, 157253-157264 et 158351-158362.

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.

E-§12
Prestations liées

173913	173924
173935	173946
173950	173961
180132	180143

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au examen de l'ileum, section du muscle cricopharyngeus, section de la musculeuse de l'œsophage et du cardia et hémostase du tube digestif, par endoscopie, 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

Les prestations 180132-180143 et 173950-173961 ne sont pas cumulable entre elles. Les prestations 180132-180143, 173913-173924 et 173935-173946 ne sont pas cumulables avec 158233-158244, 158292-158303, 156435-153446, 157076-157080 et 157113-157124. La prestation 180132-180143 n'est pas cumulable avec 173913-173924 et la prestation 173950-173961 n'est pas cumulable avec 158233-158244 et 158292-158303

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.

E-§13

Prestations liées

181392	**181403**

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 181392-181403 doit être prescrite par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, en chirurgie, en gériatrie, en médecine interne ou en oncologie médicale.

Les images obtenues avec la prestation 181392-181403 doivent être évaluées par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ayant une formation en endoscopie.

2. Critères concernant le bénéficiaire

2.1 Critères d'inclusion

• Le bénéficiaire a subi au moins une coloscopie optique incomplète, non imputable à un défaut de préparation colique, et réalisée pour la détection du cancer colorectal, au cours de laquelle aucun polype n'a été détecté, ET présente une contre-indication démontrée à la coloscopie virtuelle.

ET

• L'état général du bénéficiaire doit permettre une préparation colique adéquate pour l'examen endoscopique du côlon par vidéocapsule.

ET

• Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'examen.

2.2 Critères d'exclusion

- Le bénéficiaire a une obstruction connue ou suspectée dans le tractus gastro-intestinal, des sténoses ou des fistules au vu des données cliniques ou du dossier médical ou des examens préliminaires

Ou

- Le bénéficiaire a des troubles de la déglutition

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Les documents desquels il ressort qu´il est satisfait aux indications mentionnées au point 2, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul:

Pas d'application

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 au dispositif invasif d'ablation pour l'ablation par radiofréquence de tumeurs pancréatiques, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

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

2. Critères concernant le bénéficiaire

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

Critères d'inclusion :

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

ET

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

ET

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

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Pas d'application.

8. Divers

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au tuteur biliaire d'apposition luminal auto-expansible, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 185356-185360 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

L'établissement hospitalier dispose d'une équipe multidisciplinaire composée au moins des médecins spécialistes suivants:

a) 1 médecin spécialiste en gastro-entérologie ayant une expertise en cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE), et en écho-endoscopie interventionnelle du canal biliaire, de la vésicule biliaire et du pancréas par voie orale, comme définie par les directives ESGE les plus récentes

ET

b) 1 médecin spécialiste en chirurgie ayant une expertise en chirurgie hépato-bilio-pancréatique

ET

c) 1 médecin spécialiste en radiodiagnostic ayant une expertise en radiologie interventionnelle

ET

d) 1 médecin spécialiste en anesthésie-réanimation

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 185356-185360 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

a) Le bénéficiaire est atteint d'une cholécystite aiguë modérée ou sévère comme définie par la classification de Tokyo la plus récente

ET

b) Le risque opératoire est élevé ou le bénéficiaire ne peut pas entrer en ligne de compte pour une opération, tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire visée au point 1. en tenant compte de tous les éléments du dossier médical

ET

c) L'indication et la pertinence du drainage transmural guidé par écho-endoscopie de la vésicule biliaire ont été discutées et évaluées par l'équipe multidisciplinaire visée au point 1. et tenant compte des recommandations internationales les plus récentes.

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition

Pas d'application.

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 185356-185360, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et de sa sécurité à l'aide d'au moins une étude clinique randomisée contrôlée avec un suivi de minimum un an. Les résultats sont publiés dans un journal « peer-reviewed ». L'étude montre que l'efficacité est au moins comparable à celle du drainage percutané trans-hépatique de la vésicule biliaire et qu'il y a statistiquement significativement moins d'événements indésirables.

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

Les prestations 185356-185360 et 157010-157021 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. Traitement des données

Pas d'application.

8. Divers

Pas d'application.

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1 Coeur

F.1.1 Stimulation cardiaque

F.1.1.1 Stimulateur cardiaque

F.1.1.1.1 Stimulateur cardiaque

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/10/2015

172395 - 172406 Premier stimulateur cardiaque implantable, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34901, 34902, 34903
Base de remboursement	*3.578,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.578,68 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/10/2015

172410 - 172421 Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34901, 34902, 34903
Base de remboursement	*3.578,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.578,68 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/10/2015

172432 - 172443 Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34901, 34902, 34903
Base de remboursement	*3.578,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.578,68 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/10/2015

172454 - 172465 Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au dispositif

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34901, 34902, 34903
Base de remboursement	*3.578,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.578,68 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/04/2023

182851 - 182862 Premier stimulateur intracardiaque transcathéter implantable pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, système de placement inclus

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34904
Base de remboursement	*4.126,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.126,98 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/04/2023

182873 - 182884 Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, système de placement inclus

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34904
Base de remboursement	*4.126,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.126,98 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/04/2023

182895 - 182906 Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, système de placement inclus, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34904
Base de remboursement	*4.126,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.126,98 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/04/2023

182910 - 182921 Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, système de placement inclus, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au dispositif

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34904
Base de remboursement	*4.126,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.126,98 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/04/2023

182932 - 182943 Premier stimulateur intracardiaque transcathéter implantable pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, ainsi que la détection auriculaire, système de placement inclus

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34905
Base de remboursement	*4.675,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.675,28 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/04/2023

182954 - 182965 Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour pacing dans le ventricule droit, ainsi que la détection auriculaire, système de placement inclus

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34905
Base de remboursement	*4.675,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.675,28 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/04/2023

182976 - 182980 Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour pacing dans le ventricule droit, ainsi que la détection auriculaire, système de placement inclus, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34905
Base de remboursement	*4.675,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.675,28 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/04/2023

182991 - 183002 Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour pacing dans le ventricule droit, ainsi que la détection auriculaire, système de placement inclus, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au dispositif

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34905
Base de remboursement	*4.675,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.675,28 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.1.1.4 Stimulateur de resynchronisation cardiaque

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

158594 - 158605 Premier stimulateur de resynchronisation cardiaque, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.362,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

158616 - 158620 Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.362,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

158631 - 158642 Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.362,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

170612 - 170623 Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au dispositif"

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*4.362,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§01*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.1.2 Electrode

F.1.1.2.1 Electrode non-temporaire

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

158653 - 158664 Electrode endocardiale unipolaire implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*548,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*548,30 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

158675 - 158686 Electrode endocardiale bipolaire implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*548,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*548,30 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

158690 - 158701 Electrode myocardiale implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*548,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*548,30 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

158712 - 158723 Electrode endocardiale single-pass implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*746,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*746,60 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

158734 - 158745 Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée endoveineuse

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*746,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*746,60 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2023 Date première publication : 1/07/2014

158756 - 158760 Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée en position épicardiale par voie chirurgicale avec thoracoscopie ou thoracotomie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*247,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*247,87 €*

Conditions de remboursement : *F-§01*

F.1.1.2.2 Electrode temporaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

158771 - 158782 Cathéter(s)-électrode(s), intracavitaire(s) ou intra-oesophagien(s), pour entraînement électro-systolique temporaire du coeur

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*62,42 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*62,42 €*

Conditions de remboursement : *F-§02*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

158793 - 158804 Cathéter(s)-électrode(s), épicardique(s) pour entraînement électro-systolique temporaire et post-opératoire du coeur

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*22,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*22,51 €*

Conditions de remboursement : *F-§02*

Date dernière modification : 1/01/2023 Date première publication : 1/01/2023

184015 - 184026 Enveloppe antibactérienne résorbable

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	38701
Base de remboursement	*743,63 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*743,63 €*

Conditions de remboursement : *F-§28*

F.1.2 Extraction d'une électrode

Date dernière modification : 1/04/2020 Date première publication : 1/07/2014

158815 - 158826 Gaine laser pour l'extraction des électrodes endoveineuses

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
Base de remboursement	*1.871,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.871,87 €*

Conditions de remboursement : *F-§03*

Date dernière modification : 1/04/2020 Date première publication : 1/07/2014

158830 - 158841 Gaine mécanique rotative pour l’extraction des électrodes endoveineuses

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
Base de remboursement	*1.871,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.871,87 €*

Conditions de remboursement : *F-§03*

Date dernière modification : 1/04/2020 Date première publication : 1/07/2014

158852 - 158863 Gaine de dilatation passive utilisée pour l'extraction des électrodes endoveineuses

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
Base de remboursement	*230,56 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*230,56 €*

Conditions de remboursement : *F-§03*

Date dernière modification : 1/04/2020 Date première publication : 1/04/2020

180810 - 180821 Stylet de verrouillage pour l'extraction des électrodes endoveineuses

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
Base de remboursement	*603,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*603,79 €*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Conditions de remboursement : *F-§03*

Date dernière modification : 1/04/2020 Date première publication : 1/04/2020

180832 - 180843 Système avec lasso de récupération pour l'extraction des électrodes endoveineuses par voie fémorale

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*787,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*787,32 €*

Conditions de remboursement : *F-§03*

F.1.3 Examen électrophysiologique et ablation percutanée

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

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

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

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*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

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

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*

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

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.1.4 Angioplastie coronarienne transluminale percutanée

F.1.4.1 Intervention coronaire percutanée sans placement de stent

Date dernière modification : 1/09/2024 Date première publication : 1/07/2014

158970 - 158981 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée sans stent

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*755,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*755,74 €*

Conditions de remboursement : *F-§05*

Date dernière modification : 1/09/2024 Date première publication : 1/04/2015

170656 - 170660 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée sans stent avec un ou plusieurs drug eluting ballon(s)

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 32404

Base de remboursement	*1.295,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.295,90 €*

Conditions de remboursement : *F-§05*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.4.2 Intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs tuteur(s)

Date dernière modification : 1/09/2024 Date première publication : 1/07/2014

158992 - 159003 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs stent(s)

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32401, 32402, 32403
Base de remboursement	*755,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*755,74 €*

Conditions de remboursement : *F-§05*

Date dernière modification : 1/09/2024 Date première publication : 1/07/2014

159014 - 159025 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement exclusif d'un ou plusieurs drug eluting stent(s)

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32402, 32403
Base de remboursement	*1.673,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.673,87 €*

Conditions de remboursement : *F-§05*

Date dernière modification : 1/09/2024 Date première publication : 1/07/2014

159036 - 159040 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement exclusif de deux ou plusieurs drug eluting stents à l'occasion du traitement d'un multivesseldisease

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32402, 32403
Base de remboursement	*2.797,03 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.797,03 €*

Conditions de remboursement : *F-§05*

F.1.4.3 Athérectomie percutanée

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2024

184936 - 184940 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une athérectomie rotationnelle coronaire percutanée

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
Base de remboursement	*1.567,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.567,74 €*

Conditions de remboursement : *F-§29*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/04/2024

184951 - 184962 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une athérectomie rotationnelle coronaire percutanée, après dépassement du nombre annuel de prestations 184936-184940 accordé

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*100,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*100,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§29*

F.1.5 Revascularisation myocardique

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159051 - 159062 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229574 - 229585 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de l'artère mammaire

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*717,36 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*179,34 €*
				Montant du remboursement	*538,02 €*

Conditions de remboursement : *F-§06,F-§18*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159073 - 159084 Ensemble du matériel de consommation et des implants utilisés lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte lors de la prestation 229633-229644 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*307,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*307,01 €*

Conditions de remboursement : *F-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159095 - 159106 Système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG, utilisé lors de la prestation 229633-229644 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*204,67 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*204,67 €*

Conditions de remboursement : *F-§08*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.6 Valve cardiaque

F.1.6.1 Placement d'une valve artificielle

F.1.6.1.1 Valve mécanique

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/10/2021

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.1.6.1.2 Valve biologique

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

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*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/10/2021

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*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/10/2021

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/10/2021

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2023

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*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/06/2025

185850 - 185861 Valve biologique à feuillets à base de péricarde animal avec une calcification réduite avérée des feuillets de la valve, implantée en position mitrale

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	39901
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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

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.*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Conditions de remboursement : *F-§09*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/10/2021

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/07/2014

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/10/2021

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

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

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

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

172734 - 172745 Stent valvulaire percutané implantable en position aortique, système de placement compris, chez des patients inopérables ou avec un EuroSCORE II >8%

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35601

Base de remboursement	*12.060,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*12.060,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§09*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

172756 - 172760 Stent valvulaire percutané implantable en position aortique, système de placement compris, chez des patients inopérables ou avec un EuroSCORE II >8%, après dépassement du nombre annuel de prestations 172734-172745 accordé

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/08/2016

172771 - 172782 Accessoires d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*2.269,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.269,10 €*

Conditions de remboursement : *F-§09*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/05/2023

181952 - 181963 Stent valvulaire percutané implantable en position aortique, système de placement compris, lorsqu'il n'est pas satisfait aux critères concernant le bénéficiaire pour les prestations 172734-172745, 172756-172760, 185776-185780, 185791-185802 et 185813-185824

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35603

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*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/06/2025

185776 - 185780 Stent valvulaire percutané implantable en position aortique, système de placement compris, chez des patients avec un EuroSCORE II ≤8% et ≥4%

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35604

Base de remboursement	*12.060,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*12.060,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§09*

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/06/2025

185791 - 185802 Stent valvulaire percutané implantable en position aortique, système de placement compris, chez des patients avec un EuroSCORE II ≤8% et ≥4% après dépassement du nombre annuel de prestations 185776-185780 accordé

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35605

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 : 1/06/2025 Date première publication : 1/06/2025

185813 - 185824 Stent valvulaire percutané implantable en position aortique, système de placement compris, chez des patients avec un EuroSCORE II <4%, via une demande au Collège des médecins-directeurs

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35606

Base de remboursement	*12.060,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*12.060,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§09*

F.1.6.1.6 Autres dispositifs lors du placement d'une valve artificielle ou d'un système d'annuloplastie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/03/2018

183013 - 183024 Ensemble des clips et le système de placement utilisé pour la suture automatisée d'une valve cardiaque ou un système d'annuloplastie lors d'une chirurgie mini-invasive

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*297,86 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*297,86 €*

F.1.6.1.7 Divers

Date dernière modification : 1/06/2025 Date première publication : 1/10/2021

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

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-§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

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

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*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/01/2024

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

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

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.1.6.3 Traitement endovasculaire d'une valve

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/03/2016

172491 - 172502 Un ou plusieurs implants et accessoires pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales pour les patients présentant une régurgitation symptomatique sévère de la valve mitrale avec un risque chirurgical élevé ou une contre-indication chirurgicale

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35201

Base de remboursement	*15.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*15.000,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§19*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/03/2016

172513 - 172524 Un ou plusieurs implants et accessoires pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales, après le dépassement du nombre annuel des prestations 172491-172502 accordées ou lorsqu'il n'est pas satisfait aux conditions concernant le bénéficiaire pour la prestation 172491-172502

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35202

Base de remboursement	*1.091,44 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.091,44 €*

Conditions de remboursement : *F-§19*

F.1.7 Assistance cardiaque

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159316 - 159320 Dispositif d'assistance ventriculaire temporaire utilisant le principe de la contrepulsion aortique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.330,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.330,35 €*

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

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*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2018

180331 - 180342 Matériel d'assistance univentriculaire de type paracorporel utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant »

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 36801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*25.694,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2018

180353 - 180364 Matériel d'assistance biventriculaire de type paracorporel utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant »

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	36802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*46.129,73 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2018

180375 - 180386 Matériel d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant »

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	36803
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*66.469,06 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2018

180390 - 180401 Ensemble du matériel pour le remplacement d'assistance univentriculaire de type paracorporel utilisé en cas de « bridge-to-transplant

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	36801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*25.694,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2018

180412 - 180423 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance biventriculaire de type paracorporel utilisé en cas de « bridge-to-transplant »

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	36802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*46.129,73 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2018

180434 - 180445 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé en cas de « bridge-to-transplant »

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 36803

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*66.469,06 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2018

180456 - Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire pour un bénéficiaire ambulatoire durant la première année de son assistance

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*957,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*957,81 €*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2018

180471 - Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire pour un bénéficiaire ambulatoire après la première année de son assistance

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*495,25 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*495,25 €*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 26/04/2022

181473 - 181484 Matériel d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé pour une primo-implantation en cas de « destination therapy »

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 36803

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*66.469,06 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 26/04/2022

181554 - 181565 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé en cas de « destination therapy »

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 36803

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*66.469,06 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/11/2023

181414 - 181425 Matériel d'assistance univentriculaire de type paracorporel utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-decision »

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 36801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*25.694,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/11/2023

181436 - 181440 Matériel d'assistance biventriculaire de type paracorporel utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-decision »

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 36802

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*46.129,73 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/11/2023

181451 - 181462 Matériel d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-decision »

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 36803

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*66.469,06 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/11/2023

181495 - 181506 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance univentriculaire de type paracorporel utilisé en cas de « bridge-to-decision »

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	36801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*25.694,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/11/2023

181510 - 181521 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance biventriculaire de type paracorporel utilisé en cas de « bridge-to-decision »

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	36802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*46.129,73 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/11/2023

181532 - 181543 Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé en cas de « bridge-to-decision »

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	36803
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*66.469,06 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§25*

Date dernière modification : 1/06/2024 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*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.8 Substitution du péricarde

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159353 - 159364 Patch pour une utilisation comme substitut péricardique en chirurgie cardiaque jusqu'au dix-huitième anniversaire et lors de la réintervention après le dix-huitième anniversaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*446,18 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*446,18 €*

Conditions de remboursement : *F-§12*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159375 - 159386 Patch pour une utilisation comme substitut péricardique après le placement de 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 ou 180434-180445

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*594,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*594,90 €*

Conditions de remboursement : *F-§12*

F.1.9 Fermeture du canal artériel, du foramen oval, du defect du septum auriculaire ou du septum ventriculaire et des autres malformations congénitales ou non-congénitales

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159390 - 159401 Ensemble du matériel implantable utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture de la communication entre l'aorte et les artères pulmonaires ou du canal artériel dont le diamètre est inférieur à 4 mm. Le diamètre du défect doit être mesuré de manière objectivable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*604,82 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*604,82 €*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159412 - 159423 Ensemble du matériel implantable utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du canal artériel dont le diamètre égale ou excède 4 mm. Le diamètre du défect doit être mesuré de manière objectivable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*2.176,36 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.176,36 €*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159434 - 159445 Ensemble du matériel implantable, y compris le sizing balloon, utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du défect du septum auriculaire ou du septum ventriculaire, responsable d'un shunt gauche-droit, et démontré par un rapport du débit pulmonaire sur débit systémique qui s'élève au minimum à 1,5

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*4.788,97 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.788,97 €*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159456 - 159460 Ensemble du matériel implantable, y compris le sizing balloon, utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du foramen oval après embolie paradoxale

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*4.788,97 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.788,97 €*

Conditions de remboursement : *F-§14*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

159471 - 159482 Utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion, d'implants et d’accessoires, à l'occasion de la prestation 589455-589466 de la nomenclature

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 : *F-§13*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159493 - 159504 Patch intracavitaire pour le traitement de malformations lors d’une chirurgie cardiaque

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*228,04 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*228,04 €*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/01/2017

180272 - 180283 Un ou plusieurs implant(s) pour la fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire, y compris le système de placement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	38601
Base de remboursement	*4.650,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*4.650,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.650,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§23*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2021

181915 - 181926 Un ou plusieurs implants pour l'occlusion de l'auricule gauche par chirurgie ouverte en cas de fibrillation auriculaire, y compris le système de placement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	38301
Base de remboursement	*750,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*750,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*750,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§26*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/08/2021

181930 - 181941 Un ou plusieurs implants pour l'occlusion de l'auricule gauche par voie mini-invasive en cas de fibrillation auriculaire, y compris le système de placement

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	38401
Base de remboursement	*1.050,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.050,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§26*

F.1.10 Moyens diagnostiques en cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159515 - 159526 Cathéter à thermodilution pour mesure manuelle du débit cardiaque, y compris tous les accessoires pour la mesure (comme inline sensor, kit de calibration, co-set)

Catégorie de remboursement :	II.E.a			**Liste Nom.**	32601
Base de remboursement	*105,41 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*105,41 €*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159530 - 159541 Cathéter à thermodilution pour mesure continue du débit cardiaque, avec mesure éventuelle de la saturation veineuse et/ou du volume télédiastolique, y compris tous les accessoires pour la mesure

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 32602

Base de remboursement	*153,50 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*153,50 €*

Date dernière modification : 1/09/2024 Date première publication : 1/07/2014

159552 - 159563 Ensemble du matériel nécessaire à la mesure d'une fraction flow reserve coronaire au moyen d'une mesure de pression ou de flux

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*346,91 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*346,91 €*

Conditions de remboursement : *F-§05*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159574 - 159585 Cathéter à biopsie à l’occasion de la prestation 476652 - 476663 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*614,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*614,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§15*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159596 - 159600 Dispositif pour déterminer le volume désiré du ventricule gauche à l'occasion du remodelage opératif du ventricule gauche lors de la prestation 229014-229025, 229515-229526, 229530-229541, 229574-229585, 229596-229600 ou 229611-229622 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*997,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*997,43 €*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/03/2016

172572 - 172583 Moniteur cardiaque implantable y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35401

Base de remboursement	*2.122,65 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.122,65 €*

Conditions de remboursement : *F-§21*

F.1.11 Autres disposables lors d'une intervention sur le coeur

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159611 - 159622 Set disposable de cardiotomie avec oxygénateur à membrane pour circulation extracorporelle quel que soit le nombre de composants, à partir du septième anniversaire, par intervention

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*939,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*939,43 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159633 - 159644 Set disposable de cardiotomie avec oxygénateur à membrane pour circulation extra-corporelle, quel que soit le nombre de composants, jusqu'au septième anniversaire, par intervention

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.238,24 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.238,24 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159655 - 159666 Système de stabilisation du tissu myocardique utilisé lors des prestations 229014 - 229025, 229515 - 229526, 229574 - 229585 et 229633 - 229644 de la nomenclature, quel que soit le nombre de composants

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*921,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*921,01 €*

Conditions de remboursement : *F-§06*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159670 - 159681 Canule artérielle avec ballon endovasculaire d'occlusion, quel que soit le nombre de composants

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*2.278,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.278,15 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

159692 - 159703 Drainage veineux avec vidage sélectif de l'artère pulmonaire et du sinus coronaire, quel que soit le nombre de composants

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/03/2016

172594 - 172605 Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.980,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.980,80 €*

Conditions de remboursement : *F-§20*

F.2 Poumon - médiastine - plèvre

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159714 - 159725 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227194 - 227205 de la nomenclature avec section des bronches, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*277,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*69,33 €*
				Montant du remboursement	*208,00 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159736 - 159740 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227570-227581 de la nomenclature par voie endoscopique, lors d'une réduction unilatérale du volume pulmonaire

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*2.032,36 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*508,09 €*
				Montant du remboursement	*1.524,27 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159751 - 159762 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227570-227581 de la nomenclature, en chirurgie ouverte, lors d'une réduction unilatérale du volume pulmonaire

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*2.032,36 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*508,09 €*
				Montant du remboursement	*1.524,27 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159773 - 159784 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227334 - 227345 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*116,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*29,16 €*
				Montant du remboursement	*87,50 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159795 - 159806 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227393-227404 de la nomenclature en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*215,93 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*53,98 €*
				Montant du remboursement	*161,95 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159810 - 159821 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228115 - 228126 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*611,96 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*152,99 €*
				Montant du remboursement	*458,97 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159832 - 159843 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228115 - 228126, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*383,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*95,93 €*
				Montant du remboursement	*287,82 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159854 - 159865 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227533 - 227544 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*861,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*215,41 €*
				Montant du remboursement	*646,25 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159876 - 159880 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227216 – 227220, 227253 – 227264, 227275 - 227286 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.783,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*445,92 €*
				Montant du remboursement	*1.337,76 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159891 - 159902 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227216 – 227220, 227253 – 227264, 227275 - 227286 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*1.242,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*310,58 €*
				Montant du remboursement	*931,75 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F.3 Poumon et coeur

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159913 - 159924 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable pour le placement d'un système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO) avec une membrane de diffusion, pour ventilation de longue durée et assistance circulatoire quel que soit la voie d'accès, jusqu'au deuxième anniversaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.432,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.432,68 €*

Conditions de remboursement : *F-§16*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159935 - 159946 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable pour le placement d'un système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO) avec une membrane de diffusion, pour ventilation de longue durée et assistance circulatoire quel que soit la voie d'accès, à partir du deuxième anniversaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.023,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.023,34 €*

Conditions de remboursement : *F-§16*

F.4 Sein et ganglions lymphatiques

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159950 - 159961 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227592-227603 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159972 - 159983 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227614-227625 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

159994 - 160005 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227636-227640 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160016 - 160020 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227651-227662 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160031 - 160042 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227673-227684 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160053 - 160064 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227695-227706 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160075 - 160086 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227710-227721 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*161,69 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*40,42 €*
				Montant du remboursement	*121,27 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160090 - 160101 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227732-227743 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*94,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*23,53 €*
				Montant du remboursement	*70,62 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160112 - 160123 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227754-227765 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*94,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*23,53 €*
				Montant du remboursement	*70,62 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160134 - 160145 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227776-227780 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160156 - 160160 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227791-227802 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160171 - 160182 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227813-227824 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*161,69 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*40,42 €*
				Montant du remboursement	*121,27 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160193 - 160204 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227835-227846 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160215 - 160226 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227850-227861 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*94,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*23,53 €*
				Montant du remboursement	*70,62 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160230 - 160241 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227872-227883 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*94,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*23,53 €*
				Montant du remboursement	*70,62 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160252 - 160263 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227894-227905 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*104,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*26,09 €*
				Montant du remboursement	*78,29 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160274 - 160285 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 226936-226940 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*161,69 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*161,69 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160296 - 160300 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 226914-226925 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*161,69 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*161,69 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F.5 Thorax et paroi thoracique: divers

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160311 - 160322 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227452 - 227463 de la nomenclature sans section des bronches, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*311,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*77,77 €*
				Montant du remboursement	*233,33 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160333 - 160344 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227452 - 227463 de la nomenclature sans section des bronches, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*311,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*77,77 €*
				Montant du remboursement	*233,33 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160355 - 160366 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228196 - 228200 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*332,59 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*83,14 €*
				Montant du remboursement	*249,45 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/05/2021 Date première publication : 1/07/2014

160370 - 160381 Système de drainage thoracique (péricarde, plèvre, médiastin) continu et réglable

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*56,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*56,28 €*

Conditions de remboursement : *F-§17*

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/07/2014

160392 - 160403 Ensemble des implants d'ostéosynthèse utilisés lors de la fermeture sternale primaire après une sternotomie, au cas où le cerclage n'est pas une option, y compris l'ensemble des éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*719,84 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*719,84 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160414 - 160425 Patch pour réparation d'un défaut de la paroi thoracique sans contact avec l'organe

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*148,72 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*148,72 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160436 - 160440 Patch pour réparation d'un défaut de la paroi thoracique et conçu pour le placement intrathoracique en contact avec l'organe et/ou pour réparation du diaphragme à l'exception d'une hernie hiatale

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*743,63 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*743,63 €*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/06/2022

182350 - 182361 Plaque d'ostéosynthèse jusqu'à huit trous y compris, pour traiter un cal vicieux ou une pseudarthrose du sternum

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*184,91 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*184,91 €*

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/06/2022

182372 - 182383 Plaque d'osteosynthèse de plus de huit trous, pour traiter un cal vicieux ou une pseudarthrose du sternum

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*364,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*364,38 €*

F.6 Divers

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160451 - 160462 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257235 - 257246 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*538,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*134,57 €*
				Montant du remboursement	*403,71 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

160473 - 160484 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257235 - 257246 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*121,78 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*30,44 €*
				Montant du remboursement	*91,34 €*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160495 - 160506 Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*74,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,37 €*

Conditions de remboursement

F-§01

Prestations liées

158594	158605
158616	158620
158631	158642
158653	158664
158675	158686
158690	158701
158712	158723
158734	158745
158756	158760
170612	170623
172395	172406
172410	172421
172432	172443
172454	172465
182851	182862
182873	182884
182895	182906
182910	182921
182932	182943
182954	182965
182976	182980
182991	183002

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux stimulateurs cardiaques implantables et aux stimulateurs de resynchronisation cardiaques, leurs éventuels électrodes et accessoires implantables, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158734-158745, 158756-158760, 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 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. Pour les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701 et 158712-158723:

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

1.2. Pour les prestations 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158734-158745 et 158756-158760:

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

1.3. Pour les prestations 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 :

L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour les programmes de soins « pathologie cardiaque» B et E tels que fixés par l'autorité compétente.

1.4. Pour les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158734-158745, 158756 - 158760, 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 :

L'établissement hospitalier s'engage à faire collaborer ses médecins qui prescrivent des stimulateurs cardiaques et/ou stimulateurs de resynchronisation cardiaque à un examen intercollégial concernant les indications, leur incidence ainsi que les implants utilisés.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 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

Un stimulateur intracardiaque transcathéter implantable pour pacing dans le ventricule droit 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 ou registre prospectif publié dans une revue « peer reviewed » reconnue internationalement portant sur au moins 500 patients avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables au stimulateur cardiaque conventionnel avec électrodes en termes de sécurité et d'efficacité.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- huit ans : six ans de garantie totale à 100 % suivis de deux ans de garantie au prorata des deux dernières années.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 et 170612-170623 le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- six ans : quatre ans de garantie totale à 100 % suivis de deux ans de garantie au prorata des deux dernières années.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 172395-172406, 158594-158605, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158734-158745, 158756-158760, 182851-182862 et 182932-182943 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le formulaire d'enregistrement F-Form-I-01 a été complété valablement via l'application en ligne, endéans les nonante jours après implantation.

Le mode d'emploi reprenant la manière dont ces données sont enregistrées et validées ainsi que la façon selon laquelle elles sont transmises à la Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) et à la Commission, est établi par la Commission et le Service des Soins de Santé.

Le bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 ou 182991-183002 doit être suivi trois mois après l'implantation et ensuite au moins une fois par an.

Les données du suivi du traitement du bénéficiaire tel que reprises dans le formulaire F-Form-I-16 doivent être complétées via l'application en ligne trois mois après l'implantation, puis annuellement, jusqu'au décès du bénéficiaire ou jusqu'à l'éventuelle levée de cet enregistrement comme condition de remboursement.

Une copie de l'électrocardiogramme ainsi qu'un rapport médical circonstancié motivant le choix du type de stimulateur cardiaque ou de stimulateur de resynchronisation cardiaque pour la première implantation d'un stimulateur cardiaque ainsi que l'avis contraignant par écrit et la pose d'indication, par un électrophysiologue d'un établissement hospitalier disposant d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » E sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

Pour les prestations 172410-172421, 158616-158620, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158734-158745, 158756-158760, 182873-182884 et 182954-182965 la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

En cas de remplacement d'un stimulateur cardiaque, la raison du remplacement ainsi que les données sur l'état de la batterie au moment de la décision du remplacement du stimulateur cardiaque doivent être conservées dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3. Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172432-172443 ou 172454-172465 ou 158631-158642 ou 170612-170623 ou 182895-182906 ou 182910-182921 ou 182976-182980 ou 182991-183002 pour un remplacement anticipé peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

Par dérogation aux dispositions du point 5.1., une intervention de l'assurance obligatoire pour un remplacement anticipé du stimulateur cardiaque ou du stimulateur de resynchronisation cardiaque peut être accordée sur la base du formulaire d'enregistrement F-Form-I-01 complété valablement via l'application en ligne endéans les nonante jours après implantation. En outre un rapport médical circonstancié mentionnant l'indication absolue pour un remplacement prématuré est conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.

Pendant la période de garantie et en cas de dysfonctionnement qui n'est pas lié à la pathologie du bénéficiaire ou à l'évolution de sa situation médicale, le distributeur est obligé d'appliquer les conditions de garantie et de fournir une note de crédit, quel que soit le distributeur qui fournit le stimulateur cardiaque ou le stimulateur de resynchronisation cardiaque remplaçant.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172410-172421, 158616-158620, 182873-182884 et 182954-182965 ne peuvent être accordées que huit ans après l'implantation d'un premier stimulateur cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque de remplacement ou six ans après l'implantation d'un premier stimulateur de resynchronisation cardiaque ou d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement.

5.2. Autres règles

Les prestations 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701 et 158712-158723 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire lorsqu'elles ne sont pas attestées en même temps que les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623 à condition que l'électrode attestée soit connectée à un stimulateur déjà placé de manière à obtenir un appareil fonctionnel.

Les prestations 158734-158745 et 158756-158760 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire si elles ne sont pas attestées simultanément aux prestations 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623 à condition que l'électrode attestée soit connectée à un stimulateur déjà placé de manière à obtenir ainsi un appareil fonctionnel.

Les prestations pour les électrodes 158734-158745 et 158756-158760 peuvent également faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire si les électrodes sont connectées sur un stimulateur repris sur la liste nominative et attesté sous une des prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443 ou 172454-172465 de manière à obtenir ainsi un appareil fonctionnel.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

La BeHRA fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission. Une analyse peer reviewed, sur base des données collectées peut, de plus, être demandée par la Commission.

Pour le 1er avril 2025 (en vigueur + 2 ans) au plus tard, un rapport de la BeHRA analysera les données collectées pour les

stimulateurs intracardiaques transcathéters implantables pour pacing dans le ventricule droit et doit contenir au moins les éléments suivants:

- Analyse de l'efficacité et de la sécurité du dispositif
- Comparaison des indications avec stimulateurs cardiaques conventionnels avec électrodes
- Analyse des effets secondaires et complications
- État des lieux sur l'explantation et sur l'implantation d'éventuels autres stimulateurs cardiaques
- Analyse des nouvelles alternatives
- Analyse du taux de suivi par hôpital
- Comparaison des données belges avec données internationales récentes

7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement F-§01 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 4.1., 4.2. et 4.3. 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 personnelles est effectué tel que mentionné 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.

F-§02
Prestations liées

158771	158782
158793	158804

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux cathéter(s)-électrode (s) pour entraînement électro-systolique temporaire du cœur, 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
Les prestations 158771-158782 et 158793-158804 ne peuvent être attestées qu'une fois par intervention. L'intervention de l'assurance obligatoire pour ces prestations vaut pour une même période continue d'entraînement électro-systolique du cœur.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§03

Prestations liées

158815	158826
158830	158841
158852	158863
180810	180821
180832	180843

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 158815-158826, 158830-158841, 158852-158863, 180810-180821 et 180832-180843 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 complet pour le programme de soins « Pathologie Cardiaque B », accordé par l'autorité compétente.

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

La prestation 180832-180843 ne peut pas être cumulée avec les prestations 174333-174344 et 174355-174366.

5.2. Autres règles

Les prestations 158815-158826, 158830-158841, 158852-158863, 180810-180821 et 180832-180843 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors des prestations 229655-229666 ou 589433-589444 de la nomenclature.

Les prestations 158815-158826, 158830-158841, 158852-158863 et 180832-180843 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

F-§04
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

F-§05
Prestations liées

158970	158981
158992	159003
159014	159025
159036	159040
159552	159563
170656	170660

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux stents coronaires et aux dilatations coronaires et/ou le matériel nécessaire à la mesure d'une fraction flow reserve coronaire au moyen d'une mesure de pression de flux, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour les programmes partiels B1 et B2 du programme de soins "pathologie cardiaque".

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 159036-159040 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si au minimum deux vaisseaux sanguins sont traités durant une seule et même hospitalisation; à savoir : l'artère coronaire droite (segments d'artère coronaire n° 1 à 4 inclus) et/ou le tronc principal (segment d'artère coronaire n° 5) et/ou l'artère coronaire gauche (segments d'artère coronaires n° 6 à 10 inclus) et/ou l'artère circonflexe (segments d'artère coronaire n° 11 à 15 inclus) et/ou greffe de la veine saphène ou greffes artérielles (mammaria).

La prestation 170656-170660 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'en cas de instent-resténose.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040 et 170656-170660 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. Un drug eluting stent non-résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

a) soit être approuvé par la FDA (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative).

b) soit disposer d'une étude randomisée publiée démontrant la non infériorité ou supériorité par rapport à un DES inscrit sur la liste nominative et ayant démontré son efficacité par plusieurs études multicentriques internationales.

Les références de ces études multicentriques doivent être fournies dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative.

De plus, cette étude doit montrer un total MACE inférieur ou égale à 15% à douze mois et une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois.

c) soit disposer d'une étude clinique publiée dans une revue «peer reviewed» avec minimum cent patients suivis à douze mois démontrant un total MACE inférieur ou égale à 15% à douze mois ainsi qu'une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois.

3.2.2. Un drug eluting stent résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

- pour une inscription temporaire (pour une période maximum de cinq ans) : satisfaire aux critères tels que décrits pour le drug eluting stent non-résorbable tels que visés au point 3.2.1.

- pour une inscription définitive : une étude clinique publiée dans une revue «peer reviewed» avec minimum cent patients et un follow-up de cinq ans démontrant une mortalité cardiaque <5% à soixante mois, un total MACE <= 15% à soixante mois ainsi qu'une thrombose du stent ≤ 3,2% à soixante mois, est nécessaire

3.2.3. Un drug eluting ballon ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

- 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).

- soit le distributeur doit présenter un des éléménts suivants:

a) une étude randomisée publiée avec une puissance statistique déterminée a priori d'au moins 80% démontrant la non infériorité par rapport à un drug-eluting stent ou drug-eluting ballon inscrit sur la liste nominative. Cette non infériorité doit être démontrée pour un paramètre avec une pertinence clinique, ou un paramètre de substitution accepté en général, et dans la population cible avec restenose « in-stent ».

De plus, cette étude doit démontrer un total MACE inférieur ou égal à 20% à douze mois et une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois.

b) Un registre dont les résultats sont publiés dans une revue «peer reviewed» reconnue internationalement avec un follow-up de douze mois et minimum 100 patients dans la population cible avec restenose « in-stent » et démontrant un total MACE <= 20% à douze mois ainsi qu'une thrombose du stent ≤ 2% à douze mois.

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

Par séjour, seule une des prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 et 170656-170660 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

5.2. Autres règles

Les prestations 159014 – 159025 et 159036 – 159040 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si seuls des drug eluting stents sont utilisés.

Si une combinaison de drug eluting stents et de bare metal stents, ou uniquement un/des baremetal stent(s) est/sont utilisé(s), alors la prestation 158992 – 159003 doit être attestée.

Les prestations 158970 – 158981, 158992 – 159003, 159014 – 159025, 159036 – 159040 et 170656 – 170660 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu' à l'occasion des prestations 589013 - 589024 ou 589190-589201 de la nomenclature.

La prestation 159036 – 159040 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à l'occasion du traitement d'un multivesseldisease

- soit lors des prestations 589013-589024 et 589035-589046 de la nomenclature,

- soit lors de deux prestations 589013-589024 de la nomenclature sur des journées différentes au cours de la même période d'hospitalisation,

- soit lors des prestations 589013-589024 et 589190-589201 de la nomenclature sur des journées différentes au cours de la même période d'hospitalisation.

La prestation 159552-159563 ne peut être attestée qu'une seule fois par séjour.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Pas d'application.

8. Divers

La Commission peut, en tout temps, demander au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology » une évaluation avec rapport. La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

F-§06
Prestations liées

159051	159062
159655	159666

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relative au système de stabilisation du tissu myocardique 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
La prestation 159655-159666 n'est pas cumulable avec les prestations 159611-159622, 159633-159644 et 159331-159342 . Selon le matériel utilisé, les prestations 159655-159666, 161770-161781 et 159051-159062 peuvent être cumulées. La prestation 161770-161781 ne peut être attestée que si, en plus des greffes artérielles (a. mamaria), des greffes veineuses (v. saphène) sont également utilisées.

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

F-§07
Prestations liées

159073 159084

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'ensemble du matériel de consommation et des implants utilisés lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte, 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
La prestation 159073-159084 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159611-159622, 159633-159644, 159331-159342 et 159095-159106.

5.2. Autres règles
La prestation 159073-159084 ne peut être attestée qu'une 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

F-§08
Prestations liées

159095 159106

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG, 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
La prestation 159095-159106 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159611-159622, 159633-159644, 159331-159342 et 159073-159084

5.2. Autres règles
La prestation 159095-159106 ne peut être attestée qu'une 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

F-§09 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
185776	185780
185791	185802
185813	185824
185850	185861

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

1.1. 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 et 185850-185861 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées sur un site d'un établissement hospitalier qui dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B » tel que fixé par l'autorité compétente ou pour le programme de soins C dans les conditions prévues à l'article 51 de l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins "pathologie cardiaque" doivent répondre pour être agréés.

1.2. Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 et 172771-172782 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées sur un site d'un établissement hospitalier ou sur un site d'une collaboration d'établissements hospitaliers, ci-après dénommée 'la collaboration', qui répond aux critères suivants :

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

Au moins un site de 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.

1.2.2. Dès 2023 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, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802 ou 185813-185824 comptabilisées, effectuées dans l'établissement hospitalier ou la collaboration, calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2. Au moins la moitié de ces 106 prestations doivent être des prestations 229596-229600 ou 229515-229526 comptabilisées.

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 ou 590236-590240 comptabilisées dans l'établissement hospitalier ou la collaboration, calculée pour les années x-4 à x-2. Au moins la moitié de ces 121 prestations comptabilisées doivent être des prestations 229596-229600 et 229515-229526.

1.2.3. En se basant sur les compétences et les expertises déjà présentes, l'établissement hospitalier ou la collaboration désigne le site dans l'établissement hospitalier (de la collaboration) où la pose d'indication pour l'implantation d'un stent valvulaire percutané en position aortique et l'intervention sont effectuées.

Ce site dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente, ainsi que 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 ce site, est garantie.

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

1.2.5. La concertation multidisciplinaire concernant la pose d'indication et l'intervention pour un bénéficiaire spécifique est menée par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des six ou, le cas échéant, sept médecins spécialistes suivants qui tous sont attachés au site où l'intervention est effectuée :

- 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

Les médecins spécialistes attachés à un établissement hospitalier de la collaboration peuvent y participer.

1.2.6. Dès 2028, le cardiologue interventionnel implanteur ou le chirurgien cardiaque implanteur, qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire visée au point 1.2.5., doit avoir une expérience minimale dans le domaine de l'implantation de stents valvulaires percutanés implantables en position aortique.

Au moment de l'introduction de sa candidature, cette expérience doit être démontrée par :

a) La preuve que 10 implantations de stents valvulaires percutanés implantables en position aortique ont été effectuées sous la supervision d'un cardiologue interventionnel ou d'un chirurgien cardiaque qui a effectué une moyenne annuelle de minimum 20 prestations 590236-590240 prestées, calculée pour les années x-3 et x-4

OU

b) Une moyenne annuelle de minimum 20 prestations 590236-590240 prestées, calculée pour les années x-3 et x-4.

Cette expérience doit être maintenue en permanence par le médecin spécialiste implanteur avec une moyenne annuelle de minimum 20 prestations 590236-590240 prestées, calculée pour les années x-3 et x-4.

1.2.7. L'établissement hospitalier ou la collaboration peut poser sa candidature jusqu'au 30 septembre de l'année en cours auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-05 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers, collaborations et médecins spécialistes implanteurs qui peuvent attester les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 et 172771-172782.

Sur la base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements, collaborations et médecins spécialistes implanteurs dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers, collaborations et médecins spécialistes implanteurs; les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 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'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier, la collaboration ou le médecin spécialiste implanteur 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, la collaboration ou le médecin spécialiste implanteur 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 supprimé pour cet établissement hospitalier ou cette collaboration.

Lorsque le Service des soins de santé constate que le médecin spécialiste implanteur ne satisfait plus aux critères, celui-ci est supprimé de la liste pour cet établissement hospitalier ou cette collaboration. Si tous les médecins spécialistes implanteurs d'un établissement hospitalier ou d'une collaboration sont supprimés de la liste, cet établissement hospitalier ou cette collaboration sera également supprimé de la liste.

Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier, la collaboration ou le médecin spécialiste implanteur 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.

1.2.8. 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, collaborations et médecins spécialistes implanteurs, à moins que la justification fondée ne soit approuvée par la Commission.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 et 172771-172782 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Critères d'inclusion pour les prestations 172734-172745, 172756-172760, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 et 172771-172782:

a) a) Une sténose sévère, symptomatique de la valve aortique, définie par les directives ESC les plus récentes ;

ET

b) b) Faisabilité technique d'une implantation d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique ;

ET

c) c) Une estimation de l'espérance de vie après l'implantation de douze mois minimum ;

ET

d) d) Le bénéficiaire est sélectionné avant l'intervention selon tous les critères d'inclusion applicables lors d'une concertation multidisciplinaire décrite au point 1.2.5. L'équipe multidisciplinaire établira un rapport reprenant les caractéristiques cliniques, l'historique pertinent et les comorbidités du bénéficiaire et sa décision motivée. Ce rapport mentionne les médecins-spécialistes présents lors de la concertation multidisciplinaire.

a)

2.2. En plus des critères d'inclusion mentionnés au point 2.1., le bénéficiaire doit présenter au moins un des critères d'inclusion suivants pour les prestations 172734-172745 et 172756-172760 :

a) Le bénéficiaire est inopérable par chirurgie

OU

b) Le bénéficiaire a un EuroSCORE II > 8%.

2.3. En plus des critères d'inclusion mentionnés au point 2.1., le bénéficiaire doit présenter les critères d'inclusion suivants pour les prestations 185776-185780 et 185791-185802 :

a) Le bénéficiaire a un EuroSCORE II ≤8% et ≥4%

ET

b) Le bénéficiaire a au moins 75 ans au moment de l'implantation.

2.4. En plus des critères d'inclusion mentionnés au point 2.1., le bénéficiaire doit présenter les critères d'inclusion suivants pour la prestation 185813-185824 :

a) Le bénéficiaire a un EuroSCORE II <4%

ET

b) Une justification du choix de l'équipe multidisciplinaire d'implanter un stent valvulaire percutané implantable en position aortique chez un bénéficiaire avec un EuroSCORE II <4% doit être mentionnée explicitement dans le formulaire de demande F-Form-I-22 et le rapport, décrit dans le point 2.1.d).

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 170634-170645, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824, 184214-184225, 185850-185861 et 181893-181904 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, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802 et 185813-185824 couvrent le stent valvulaire, le système de placement et tous les dispositifs nécessaires pour monter le stent valvulaire sur le système de placement.

La prestation 172771-172782 couvre les gaines d'introduction, les fils de guidage, les cathéters de dilatation et les dispositifs de gonflage qui sont utilisés lors de l'implantation du stent valvulaire percutané implantable.

Dans le cadre des prestations 184214-184225 et 185850-185861, 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 ou 181812-181823.

3.2. Critères

3.2.1. Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802 et 185813-185824, 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 ou mitrale, peut être une seule fois inscrite temporairement (pour une durée de 7 ans) sur la liste nominative des prestations 184214-184225 ou 185850-185861 si le dispositif répond aux critères suivants :

a) 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 celle du tissu à partir duquel les feuillets d'une autre valve artificielle, déjà reprise dans la liste nominative des prestations 159191-159202 ou 181812-181823, sont fabriqués ;

b) 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.

Une valve biologique à feuillets à base de péricarde animal avec une calcification réduite avérée des feuillets de la valve, implantée en position aortique ou mitrale, peut être inscrite sans limitation dans le temps sur la liste nominative des prestations 184214-184225 ou 185850-185861 si le dispositif répond aux critères suivants :

a) 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 celle du tissu à partir duquel les feuillets d'une autre valve artificielle, déjà reprise dans la liste nominative des prestations 159191-159202 ou 181812-181823, sont fabriqués ;

b) Pour l'inscription sur la liste nominative de la prestation 184214-184225 il est démontré en plus, 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 le liste nominative des prestations 159191-159202.

c) Pour l'inscription sur la liste nominative de la prestation 185850-185861 il est démontré en plus, 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 le liste nominative des prestation 181812-181823.

La valve artificielle faisant l'objet de la demande d'inscription sur la liste nominative des prestations 184214-184225 ou 185850-185861 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, 172756-172760,181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 et 185850-185861 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. Les prestations 172734-172745 et 185776-185780 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 nonante jours après l'implantation via l'application en ligne. Cette demande est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-08 pour la prestation 172734-172745 et au moyen du formulaire F-Form-I-21 pour la prestation 185776-185780, entièrement complété et introduit conformément au mode d'emploi. Le numéro d'ordre est communiqué immédiatement au médecin-conseil et aux personnes responsables déléguées pour la demande administrative et la consultation administrative des numéros d'ordre, 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 et le Service des soins de santé.

4.1.3. La prestation 185776-185780 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation de ces dispositifs auprès du médecin-conseil. Cette notification contient le rapport décrit dans le point 2.1.d).

4.1.4. La prestation 185813-185824 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs sur la base du formulaire F-Form-I-22 et du rapport décrit dans le point 2.1.d).

La décision motivée du Collège est communiquée dans les 30 jours qui suivent la date de réception du dossier au médecin-conseil, au médecin spécialiste implanteur qui a introduit la demande et au pharmacien hospitalier.

Si le Collège des médecins-directeurs n'accorde pas cette demande d'intervention de l'assurance obligatoire, 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, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 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, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802 ou 185813-185824.

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 et 172771-172782 ne peuvent être attestées qu' une seule fois par hospitalisation.

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 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. Nombres annuels de remboursements au niveau national

Le nombre de remboursements par l'assurance obligatoire de la prestation 172734-172745 est limité à 2.200 par an.

Le nombre de remboursements par l'assurance obligatoire de la prestation 185776-185780 est limité à 300 par an.

Le nombre de remboursements par l'assurance obligatoire de la prestation 185813-185824 est limité à 10 par an.

5.2.2. Nombre annuel de remboursements par établissement hospitalier ou collaboration

Le nombre de remboursements de la prestation 172734-172745 et 185776-185780 par établissement hospitalier ou par collaboration mentionné(e) sur la liste telle qu'établie au point 1.2.7., 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, 295515-229526, 172734-172745, 172756-172760, 185776-185780, 185791-185802 et 185813-185824 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, 172756-172760, 185776-185780, 185791-185802 et 185813-185824 comptabilisées pour les années x-4 à x-2 pour l'ensemble des établissements hospitaliers et des collaborations de la liste des établissements hospitaliers, collaborations et médecins spécialistes implanteurs. 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, 185776-185780, 185791-185802 et

185813-185824 comptabilisées pour les années x-4 à x-2. Ce nombre est A dans la formule reprise au point 5.2.2.d) ;

c) Pour la répartition proportionnelle du nombre de prestations 172734-172745, Nt, décrit au point 5.2.2 d), est le nombre de remboursements fixé sous le point 5.2.1. pour la prestation 172734-172745.

Pour la répartition proportionnelle du nombre de prestations 185776-185780, Nt, décrit au point 5.2.2 d), est le nombre de remboursements fixé sous le point 5.2.1. pour la prestation 185776-185780 ;

d) Le nombre de remboursements pour les prestations 172734-172745 et 185776-185780 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) Pour chaque établissement hospitalier ou collaboration adhérent, les nombres de remboursements 172734-172745 et 185776-185780 attribués seront additionnés. Si la somme obtenue est inférieure à 42, le nombre de remboursements sera alors réduit à zéro ;

g) Si le nombre annuel de remboursements n'est pas complètement attribué en conséquence du point 5.2.2.f), la part non-attribuée sera redistribuée entre les établissements hospitaliers ou les collaborations qui eux obtiennent une somme d'au moins 42 prestations 172734-172745 et 185776-185780 comme mentionné au point 5.2.2.f).

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 de remboursements annuel attribué, il en informe les organismes assureurs.

5.2.4. Le nombre annuel des remboursements pour la prestation 172734-172745 et 185776-185780 par établissement hospitalier ou collaboration sera communiqué avant le 1er décembre.

5.2.5. Mesures transitoires

Le nombre de numéros d'ordre déjà reçus par chaque établissement hospitalier ou collaboration pour les prestations 172734-172745 prestées durant 2025 est inclus dans le nombre de remboursements de la prestation 172734-172745 attribué pour l'année 2025 complète tel qu'établi au point 5.2.2.

Pour l'année de l'entrée en vigueur, le nombre d'interventions pour la les prestations 185776-185780 et 185813-185824 sera attribué au pro rata sur la base de la date d'entrée en vigueur de cette condition de remboursement.

La liste d'établissements hospitaliers et collaborations en vigueur au 1er janvier 2025 reste d'application et ne peut pas faire l'objet d'adaptation en 2025.

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 1.2.7, 2.1. d), 2.4. b), 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

Pas d'application.

F-§10
Prestations liées

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 disposables 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 cardiotomie 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 disposable 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

F-§12
Prestations liées

159353	159364
159375	159386

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux patches cardio-thoraciques, 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 159353-159364 et 159375-159386 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 159353-159364 et 159375-159386 sont destinées à la protection des structures lors d'une resternotomie ou à la prévention d'une herniation du cœur.

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
La prestation 159375-159386 réalisée entre le 1er août 2016 et le 31 mars 2018 peut être attestée après le placement des prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 ou 172896-172900.

F-§13
Prestations liées

159471	159482

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion, d'implants et d'accessoires, à l'occasion de la prestation 589455-589466 de la nomenclature, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:
l'établissement hospitalier dispose d'un programme de soins "pathologie cardiaque" C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) tel que fixé par l'autorité ayant la Santé publique dans ses attributions.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition
Dans le libellé de la prestation 159471-159482, on entend par "accessoires": les fils de guidage, la gaine d'introduction et le dispositif de gonflage.

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 159471-159482 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 après implantation par le médecin spécialiste.
La demande comporte un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste qui a réalisé la prestation 589455-589466 de la nomenclature, ainsi que le F-form-I-05, étayé par les factures du distributeur.
Pour chaque dossier individuel, le Collège recueille, avant de prendre une décision, l'avis de la Commission.
La décision du Collège des médecins directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste.

4..2. Remplacement
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
La prestation 159471-159482 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159390-159401, 159412-159423, 159434-159445 et 159456-159460 .

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

F-§14
Prestations liées

159456	159460

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel pour la fermeture du foramen oval, 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 159456-159460 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation de ces dispositifs auprès du médecin-conseil.
Cette notification contient un rapport médical circonstancié qui décrit clairement qu'il s'agit d'un foramen oval avec shunt droit-gauche démontré par imagerie et d'un accident vasculaire cérébral démontré par imagerie cérébrale, celle-ci n'étant cependant pas exigée en cas d'accident de décompression.
Ce rapport médical circonstancié tient lieu d'attestation médicale et doit être signé par un médecin spécialiste en cardiologie ou en pédiatrie, et contresigné par un médecin spécialiste en neurologie et un chirurgien cardiaque qui confirment ainsi l'indication.

4.2. Remplacement
Pas d'obligation administrative.

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. Divers
Pas d'application

F-§15
Prestations liées

159574 159585

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au cathéter à biopsie utilisés lors d'un cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse il doit être satisfait à la condition suivante :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
La prestation 159574-159585 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :
Il dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme de soins "pathologie cardiaque" T.

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
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§16
Prestations liées

159913	159924
159935	159946

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), 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'application administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 159913-159924 et 159935-159946 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séjour.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§17
Prestations liées

160370 160381

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au système de drainage thoracique, 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 160370-160381 couvre les divers éléments nécessaires au système de drainage thoracique à savoir le système d'aspiration, le(s) drain(s) thoracique(s), la/les tubulure(s) et le pot de collecte.

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 160370-160381 peut être cumulée avec les prestations 159611-159622 et 159633-159644.

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

F-§18
Prestations liées

159051	159062
159714	159725
159736	159740
159751	159762
159773	159784
159795	159806
159810	159821
159832	159843
159854	159865
159876	159880
159891	159902
159950	159961
159972	159983
159994	160005
160016	160020
160031	160042
160053	160064
160075	160086
160090	160101
160112	160123
160134	160145
160156	160160
160171	160182
160193	160204
160215	160226
160230	160241
160252	160263
160274	160285
160296	160300
160311	160322
160333	160344
160355	160366
160451	160462
160473	160484

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

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

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

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§19
Prestations liées

172491	172502
172513	172524

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales en vue du traitement de la régurgitation de la valve mitrale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire ainsi que ses modalités concernant les dispositifs pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales en vue du traitement de la régurgitation de la valve mitrale dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court du 01/06/2023 au 31/05/2026 inclus. Après cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 8.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans une collaboration d'établissements hospitaliers, ci-après dénommée 'la collaboration', qui répond aux critères suivants durant la totalité de la période d'évaluation, et qui a conclu la convention F-ACL-001-bis avec le Comité de l'assurance.

2.1. Critères pour la collaboration et ses établissements hospitaliers

2.1.1.

a) La collaboration est constituée de minimum deux établissements hospitaliers. Chaque établissement hospitalier de la collaboration dispose d'un agrément complet pour le programme de soins «pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente ;

b) La collaboration a une expérience dans le domaine du traitement de la pathologie valvulaire, démontrée par un minimum de 720 interventions par an, effectuées dans la collaboration. Ce nombre est calculé comme étant la moyenne pour les années 2019, 2020 et 2021 des prestations suivantes de la nomenclature ou de la Liste: 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 172491-172502 et 172513-172524 ;

c) Un établissement hospitalier ne peut faire partie que d'une seule collaboration ;

d) 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 l'implantation du dispositif pour le rétablissement percutané de coaptation des feuillets des valves mitrales sera effectuée par des médecins spécialistes.

Cet établissement hospitalier dispose d'un échographe 3D et d'un échographe transœsophagien.

2.1.2. La pose d'indication doit être évaluée lors d'une concertation par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des six ou, le cas échéant, sept médecins spécialistes suivants qui sont tous attachés 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.

Si le bénéficiaire a été référé au sein de la collaboration, les cardiologues de l'établissement hospitalier référent peuvent participer à la concertation multidisciplinaire.

2.1.3. La collaboration nomme au maximum trois médecins spécialistes, qui sont tous attachés aux établissements hospitaliers composant la collaboration, qui réaliseront les interventions.

2.2. Formulaire de candidature de la collaboration

La collaboration qui répond aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé jusqu'au 01/06/2023 (la date de l'entrée en vigueur) inclus sur base du formulaire F-Form-II-03 pour être repris sur la liste des collaborations et des médecins spécialistes qui peuvent attester les prestations 172491-172502 et 172513-172524 selon les modalités de soumission déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, le Comité de l'assurance dresse une liste des collaborations et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue, et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des collaborations et des médecins spécialistes; les prestations 172491-172502 et 172513-172524 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.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire F-Form-II-03 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire F-Form-II-03 mis à jour.

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

3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

1) Régurgitation symptomatique sévère de la valve mitrale, malgré un traitement optimal contre l'insuffisance cardiaque, comme défini par les directives European Society for Cardiology (ESC) les plus récentes ;

2) Risque d'opération élevé ou une intervention percutanée est considérée comme la meilleure option d'un point de vue médical, tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte au minimum de l'âge, de la fonction ventriculaire gauche, de la pression pulmonaire, des comorbidités, de la fragilité, des antécédents de rayonnements au niveau du tronc et de chirurgie cardiaque, et des contre-indications techniques/anatomiques à la chirurgie;

3) Faisabilité technique évaluée au moyen de l'échographie transœsophagienne;

4) Une estimation de l'espérance de vie générale d'un an minimum après l'intervention avec le dispositif.

4. Critères concernant le dispositif

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

Pas d'application.

4.2. Critères

Un dispositif pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales 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 Food and Drug Administration (FDA) avec une Premarket Approval (PMA);

- soit

avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80 % minimum et 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 une puissance statistique fixée par protocole de 80 % minimum, un suivi de 12 mois minimum et dans un groupe d'étude de patients présentant un risque élevé de chirurgie, qu'il n'est pas moins efficace que les dispositifs qui se trouvent déjà sur la liste nominative

ET

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

4.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

5. Procédure de demande et formulaires

5.1. Première implantation

La prestation 172491-172502 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 nonante jours après l'implantation via l'application en ligne. Cette demande est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-06, entièrement complété et introduit conformément au mode d'emploi. Le numéro d'ordre est communiqué immédiatement au médecin-conseil et aux personnes responsables déléguées pour la demande administrative et la consultation administrative des numéros d'ordre, 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.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 3, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que les caractéristiques de référence et les données de suivi doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5.2. Remplacement

Pas d'application.

5.3. Remplacement anticipé

Pas d'application.

5.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

6. Règles d'attestation

6.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

6.2. Autres règles

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 suivent les modalités de remboursement de la catégorie E.

6.2.1. Nombre de bénéficiaires annuels au niveau national

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 172491-172502 est limité à un maximum de 160 par an.

6.2.2. Nombre de bénéficiaires annuel par collaboration

Le nombre de remboursements annuel de la prestation 172491-172502 attribué à une collaboration, reprise sur la liste telle qu'établie au point 2.2., est déterminé au plus tard un mois après l'entrée en vigueur par une répartition proportionnelle entre les collaborations et calculé sur la base du nombre total de prestations remboursées 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 172491-172502 et 172513-172524 comptabilisées, selon le mode de calcul suivant :

a) Le nombre total de prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 172491-172502 et 172513-172524 comptabilisées pour les années 2019 à 2021 incluses, pour l'ensemble des établissements hospitaliers repris sur la liste des collaborations, est pris en compte. Ce nombre est T dans la formule reprise au point 6.2.2.d) ;

b) Pour chaque collaboration adhérente, le nombre total de prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 172491-172502 et 172513-172524 comptabilisées pour les années 2019 à 2021 incluses est pris en compte. Ce nombre est A dans la formule reprise au point 6.2.2.d) ;

c) Le nombre annuel de remboursements pour la prestation 172491-172502 au niveau national, comme fixé sous le point 6.2.1. est Nt dans la formule reprise au point 6.2.2.d) ;

d) Le nombre annuel de remboursements pour la prestation 172491-172502 par collaboration adhérente est calculé selon la formule suivante : Nt * (A/T) ;

e) Le nombre obtenu est arithmétiquement arrondi au nombre entier le plus proche ;

f) Pour l'année de l'entrée en vigueur, le nombre d'interventions pour la prestation 172491-172502 sera attribué au pro rata sur la base de la date d'entrée en vigueur.

6.2.3. La prestation 172491-172502 ne peut être attestée qu'une seule fois par bénéficiaire dans une période de 12 mois.

6.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

7. Engagements de la collaboration adhérente

En adhérant à la convention, la collaboration s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coûts du dispositif lors de l'implantation d'un dispositif de coaptation des feuillets des valves mitrales autre que ceux mentionnés dans la liste nominative.

8. Analyse

L'analyse pour cette application clinique limitée est effectuée par les distributeurs des dispositifs médicaux figurant sur la liste nominative liée aux prestations 172491-172502 et 172513-172524.

Entre le 01/11/2025 et le 28/02/2026 (la période de sept à trois mois avant l'expiration de la convention), ce(s) distributeur(s) doit/doivent rédiger et soumettre un rapport à la Commission.

S'il y a plus d'un distributeur, ils soumettent chacun séparément un rapport.

Le rapport doit répondre aux questions suivantes:

1. Peut-on définir des indications spécifiques concernant l'utilisation de ce dispositif, qui peuvent être reprises dans les modalités de remboursement de la réglementation définitive ?

2. En se basant sur ces indications, combien de bénéficiaires peuvent faire l'objet annuellement d'une intervention ?

3. Quel est le rapport coût-efficacité de ce dispositif par rapport aux alternatives thérapeutiques dans un contexte belge, sur la base du remboursement forfaitaire actuel et/ou d'une éventuelle proposition d'ajustement du remboursement ?

Ce rapport doit contenir au moins les éléments suivants pour motiver ces réponses :

1) Une revue systématique de la littérature au sujet du traitement endovasculaire de la régurgitation de la valve mitrale, accompagné d'une discussion des publications identifiées et des différents dispositifs médicaux, en particulier une discussion des études cliniques. Cette revue systématique de la littérature doit être actualisée jusqu'à 4 mois avant la date de remise du rapport final ;

2) Une proposition détaillée des éventuelles adaptations des conditions de remboursement. Celles-ci doivent être justifiées sur la base de l'étude de la littérature et/ou d'autres données que le distributeur met à la disposition de la Commission dans ce rapport. Lors de l'ajustement du groupe cible et/ou du remboursement, un impact budgétaire motivé pour l'assurance obligatoire doit être calculé ;

3) Une discussion sur la plus-value thérapeutique, l'importance dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux, et la relation entre les coûts pour l'assurance obligatoire et la valeur thérapeutique (efficacité) dans un contexte belge, basée sur l'étude de la littérature, les conditions de remboursement proposées et/ou d'autres informations que le distributeur met à la disposition de la Commission dans ce rapport.

Les Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC) et Belgian Association of Cardio-thoracic Surgeons (BACTS) peuvent également soumettre un rapport sans engagement, avec des propositions détaillées motivées pour d'éventuels ajustements des conditions de remboursement, entre le 01/11/2025 et le 28/02/2026 (la période de sept à trois mois avant l'expiration de la convention).

9. Droit de résiliation pour chaque partie prenante

La convention entre en vigueur le 1/06/2023 et est valable jusqu'au 31/05/2026 inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou une collaboration adhérente par lettre recommandée, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

10. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement F-§19 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 2.2. et 5.1. 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°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.

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

11. Divers

A la demande de la Commission ou de l'une des parties de la convention, une réunion avec la Commission, et éventuellement la BACTS et le BWGIC peut être organisée à tout moment.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à la sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 172594-172605 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

La prestation doit être effectuée dans un établissement de soins qui dispose de l'agrément complet pour le programme de soins "Pathologie cardiaque" B, accordé par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172594-172605 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

Le bénéficiaire subit un traitement chirurgical concomitant d'une fibrillation auriculaire documentée en combinaison avec une chirurgie cardiaque lors des prestations 229014-229025, 229515-229526, 229574-229585, 229596-229600, 229611-229622, 229633-229644 ou 229530-229541 de la nomenclature.

2.2. Critères d'exclusion

- le bénéficiaire souffre d'une fibrillation auriculaire permanente d'une durée supérieure à 5 ans

- diamètre de l'oreillette gauche du bénéficiaire est de plus de 65mm sur l'échocardiogramme lors de la mesure de la coupe parasternale grand axe

- le bénéficiaire a subi une ablation percutanée pour fibrillation auriculaire durant la même hospitalisation (prestation : 589551-589562)

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première intervention

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

4.2. Interventions ultérieures

Pas d’application.

4.3 Dérogation à la procédure

Pas d’application.

5. Règles d’attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 172594-172605 n’est pas cumulable avec les prestations 158874-158885, 158955-158966 et 158933-158944.

5.2. Autres règles

La prestation 172594-172605 ne peut être remboursée qu’une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire et ne peut pas être attestée lorsqu’un seul pen pour ablation linéaire est utilisé.

La prestation 172594-172605 ne peut être attestée que lorsque la sonde à usage unique e été utilisée lors d’une des prestations 229014-229025, 229515-229526, 229574-229585, 229596-229600, 229611-229622, 229633-229644 ou 229530-229541 de la nomenclature.

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 au moniteur cardiaque implantable et accessoires, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 172572-172583 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

La prestation doit être effectuée dans un établissement de soins qui dispose de l'agrément pour le programme de soins "Pathologie cardiaque E" accordé par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172572-172583 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- Le bénéficiaire souffre de syncopes récidivantes de nature indéterminée malgré un bilan non invasif exhaustif, et il existe un risque de récidive endéans la durée théorique de vie du dispositif.

ou

- Le bénéficiaire souffre de syncope, même isolée, et il existe des facteurs de gravité potentiels tels que mentionnés dans les recommandations internationales et après bilan non invasif et éventuellement invasif exhaustif.

ou

- Le bénéficiaire souffre d'AVC/AIT cryptogénique pour lequel une démarche diagnostique complète, comprenant au minimum un enregistrement continu de l'activité électrique cardiaque durant une semaine n'a pas pu démontrer la cause de l'AVC/AIT, et la mise en évidence d'une fibrillation auriculaire aurait pour conséquence l'instauration d'une anticoagulation orale.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172572-172583, 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

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 172572-172583, le dispositif doit posséder des algorithmes de détection de la fibrillation auriculaire.

3.3. Conditions de garantie

Pour pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 172572-172583, une garantie de deux ans (warranty) doit être fournie en cas de défaut du dispositif.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 Première implantation

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

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

Pas d’application

5.2. Autres règles

La prestation 172572-172583 ne peut être remboursée qu’une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire.

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 dispositifs pour la fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

1.1. La prestation 180272-180283 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 :

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

b) La concertation multidisciplinaire concernant la pose d'indication et l'intervention pour un bénéficiaire spécifique se déroule au sein de l'établissement hospitalier, par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des quatre ou, les cas échéant, cinq médecins-spécialistes suivants :

- 1 cardiologue interventionnel

ET

- 1 chirurgien cardiaque

ET

- 1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transoesophagienne

ET

- 1 électrophysiologue

ET

- 1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus.

c) Lors du placement du dispositif pour fermeture percutanée de l'auricule gauche, doivent être présents dans le cathlab / la salle hybride pour la durée entière de l'intervention au minimum :

- 1 cardiologue interventionnel ayant acquis l'expertise en ponction transseptale et fermeture de l'auricule gauche

ET

- 1 cardiologue ayant acquis l'expertise en échographie transoesophagienne.

1.2. Dès 2022 jusqu'à 2026, l'établissement hospitalier doit disposer d'une expérience en ponction par voie transseptale au travers d'un septum intact, démontrée par une moyenne annuelle de 50 prestations (476033-476044 et/ou 589551-589562) comptabilisées, calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2. Seule une de ces prestations par jour et par bénéficiaire peut être prise en compte pour le calcul des 50 ponctions transseptales.

Dès 2027, l'établissement hospitalier doit disposer d'une expérience en fermeture percutanée d'auricule gauche, démontrée par une moyenne annuelle de 25 prestations 180272-180283 comptabilisées, calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2.

1.3. L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-06 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester la prestation 180272-180283 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

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 ; la prestation 180272-180283 ne pourra 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 requise dans le formulaire F-Form-II-06 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire F-Form-II-06 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 180272-180283 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

1) fibrillation atriale non-valvulaire

ET

2) un haut risque thromboembolique avec un score CHA2DS2-VASc ≥ 4

ET

SOIT 3.a) une des contre-indications formelles et permanentes à l'usage longue durée d'anticoagulants (validée par l'équipe multidisciplinaire) suivantes :

- antécédents d'hémorragie spontanée ; majeure selon les critères BARC3

- antécédents d'hémorragie cérébrale de tout type ;

- hémorragie mineure spontanée et répétitive, considérée comme significative de façon clinique par l'équipe multidisciplinaire ;

SOIT 3.b) insuffisance rénale grave (eGFR < 15 ml/min)

SOIT 3.c) récidive d'AVC ou d'AIT sous anticoagulants

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 180272-180283 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 dispositif pour fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire 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 randomisée publiée dans une revue « peer-reviewed » avec un suivi de 12 mois minimum que le dispositif n'est pas inférieur à la warfarine ou à un NOAC et avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum ;

- soit avoir démontré dans une combinaison d'études cliniques prospectives avec un protocole comparable publiées dans des revues « peer-reviewed » qui atteignent de manière structurée et contrôlable au moins 200 patients avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles ("best clinical practice").

Seuls les dispositifs pour lesquels une formation théorique et sur simulateur est prévue par le distributeur du dispositif préalablement à l'usage, peuvent être implantés.

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

3.3.Conditions de garantie

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Le bénéficiaire qui entre en ligne de compte pour une implantation est sélectionné au préalable par une équipe

multidisciplinaire composée comme décrit au point 1.1. 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

Pas d'application.

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.

F-§24
Prestations liées

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 prédilatation et/ou un préstenting 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.

F-§25 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.

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 sont 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 BTD, 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 dans les nonante 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 conformément au mode d'emploi. Le numéro d'ordre est communiqué immédiatement au médecin-conseil et aux personnes responsables déléguées pour la demande administrative et la consultation administrative des numéros d'ordre, 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 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 – via les personnes responsables déléguées pour la demande administrative des numéros d'ordre -, les pharmaciens hospitaliers – via les personnes responsables déléguées pour la consultation administrative des numéros d'ordre - et les organismes assureurs qui ont accès à l'application en ligne susmentionnée, quand, 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), les nombres de cinquante-cinq et soixante dispositifs sont atteints.

4.1.3. Si le nombre de prestations 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) 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 nonante 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 établissement hospitaliers visée sous le point 1.

Un accord écrit d'au moins la moitié des établissement 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 nonante 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 implanteurs et la BACTS.

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181915-181926 et 181930-181941 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:

La prestation doit être effectuée dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B », accordé par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 181915-181926 et 181930-181941 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

le bénéficiaire souffre de fibrillation auriculaire

ET

le risque thromboembolique du bénéficiaire est élevé (CHA2DS2-VASc ≥ 2)

ET

le bénéficiaire subit simultanément une intervention cardiaque qui correspond à une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229515-229526, 229530-229541, 229574-229585, 229596-229600, 229611-229622 ou 229633-229644.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 181915-181926 et 181930-181941 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 Un implant pour l'occlusion chirurgicale de l'auricule gauche (181915-181926 et 181930-181941) 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 ou plusieurs études prospectives publiées dans un journal international peer-reviewed qui ensemble totalisent au moins 100 patients inclus et avec un taux de suivi de 80% ou plus, qu'au-delà des trois mois suivant l'intervention le taux d'occlusion de l'auricule gauche est de 95% ou plus.

3.3 Conditions de garantie.

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 181915-181926 et 181930-181941 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2 Autres règles

Les prestations 181915-181926 et 181930-181941 ne peuvent être attestées que lorsque l'implant pour l'occlusion chirurgicale de l'auricule gauche a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229515-229526,

229530-229541, 229574-229585, 229596-229600, 229611-229622 ou 229633-229644.

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 enveloppes antibactériennes résorbables, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 184015-184026 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 dispose d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » P tel que fixé par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 184015-184026 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à un des critères suivants :

- Bénéficiaire avec un antécédent documenté d'infection de son stimulateur cardiaque ou de son défibrillateur cardiaque ;

ou

- Bénéficiaire immunodéprimé défini comme suit :

- sous traitement actif par chimiothérapie ;

ou

- présentant une infection à VIH non traitée avec un taux de CD4 < 200/µL ;

ou

- présentant un déficit immunitaire primaire, diagnostiqué par un spécialiste ;

ou

- sous traitement par Méthylprednisolone > 16 mg/jour pendant > 2 semaines ;

ou

- sous traitement immunosuppresseur suite à une greffe d'organe ;

ou

- Bénéficiaire implanté (primo implantation et remplacement) d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur cardiaque, ayant un score de risque PADIT ≥ 7 points ;

ou

- Bénéficiaire implanté (primo implantation et remplacement) d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur cardiaque, ayant un score de risque PADIT ≥ 6 en cas de :

- Heparin bridging ;

ou

- utilisation d'une sonde épicardique ;

ou

- utilisation d'une batterie de stimulateur cardiaque ou de défibrillateur cardiaque placée au niveau abdominal ;

ou

- BPCO au stade GOLD 3 ou 4 ;

ou

- Bénéficiaire ayant une insuffisance rénale terminale et subissant une hémodialyse permanente ;

ou

- Bénéficiaire présentant un hématome de poche nécessitant une réintervention à l'exclusion du jour même de l'implantation.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 184015-184026 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

L'enveloppe antibactérienne résorbable est fabriquée en treillis tressé multifilament résorbable imprégné d'antibiotique(s) et est conçue pour limiter le risque d'infection lors de l'implantation d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur cardiaque.

3.2. Critères

Une enveloppe antibactérienne résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

Avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum, avec un suivi de 12 mois minimum et dans un groupe d'étude de patients présentant un risque élevé d'infection,

- soit qu'il n'est pas moins efficace que les dispositifs qui se trouvent déjà sur la liste nominative ;

- soit qu'il est plus efficace que les stratégies standard de prévention des infections (traitements prophylaxiques) seules.

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 à une des indications susmentionnées, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

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

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

F-§29
Prestations liées

184936	184940
184951	184962

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'exécution d'une athérectomie rotationnelle coronaire percutanée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 184936-184940 et 184951-184962 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 de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour les programmes partiels B1 et B2 du programme de soins « pathologie cardiaque ».

ET

Au moment de l'introduction de sa candidature, l'établissement hospitalier dispose d'une expérience solide en matière d'interventions coronariennes percutanées, démontrée par une moyenne annuelle de minimum 500 prestations 158970-158981, 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040 et 170656-170660 prestées, effectuées dans l'établissement hospitalier calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2.

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-08 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 184936-184940 et 184951-184962 au plus tard 7 jours calendrier après la publication de la mesure sur le site web de l'INAMI 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 dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers; les prestations 184936-184940 et 184951-184962 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, l'établissement hospitalier est supprimé de cette liste. 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-08 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire F-Form-II-08 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 184936-184940 et 184951-184962 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire souffre d'une sténose sévère ou complexe due à la calcification d'une artère coronaire.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première utilisation

La prestation 184936-184940 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 nonante jours après l'utilisation via l'application en ligne. Cette demande est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-20, entièrement complété et introduit conformément au mode d'emploi. Le numéro d'ordre est communiqué immédiatement au médecin-conseil et aux personnes responsables déléguées pour la demande administrative et la consultation administrative des numéros d'ordre, 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 et le Service des soins de santé.

Il n'y a pas d'obligation administrative pour la prestation 184951-184962.

4.2. Remplacement

Pas d'application.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Derogation 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 annuel de remboursements au niveau national

Le nombre de remboursements par l'assurance obligatoire de la prestation 184936-184940 est limité à 950 par an.

5.2.2. Nombre annuel de remboursements par établissement hospitalier

Le nombre de remboursements de la prestation 184936-184940 par établissement hospitalier repris sur la liste telle qu'établie au point 1., est déterminé annuellement par une répartition proportionnelle entre les établissements hospitaliers selon le mode de calcul suivant :

a) Pour l'année calendrier x, est pris en compte le nombre total de prestations 158970-158981, 158992-159003, 159014-

159025, 159036-159040 et 170656-170660 prestées pour les années x-4 à x-2 pour chaque établissement hospitalier adhérent. Ce nombre est divisé par 3 pour obtenir le nombre moyen annuel qui est A dans la formule reprise au point 5.2.2.e).

b) Si ce nombre A est inférieur à 500, l'établissement hospitalier adhérent n'a pas droit au remboursement des prestations 184936-184940 et 184951-184962.

c) Les nombres A égaux ou supérieurs à 500 de tous les établissements hospitaliers adhérents sont additionnés. Ce nombre total est T dans la formule reprise au point 5.2.2.e).

d) Le nombre annuel de remboursements pour la prestation 184936-184940 au niveau national, comme fixé sous le point 5.2.1., est N dans la formule reprise au point 5.2.2.e).

e) Le nombre annuel de remboursements pour la prestation 184936-184940 par établissement hospitalier adhérent avec un nombre A égal ou supérieur à 500, est calculé selon la formule suivante: N * A/T et arrondi arithmétiquement au chiffre rond le plus proche.

5.2.3. Le nombre des remboursements pour la prestation 184936-184940 par établissement hospitalier pour l'année calendrier x sera communiqué avant le 1er décembre de l'année calendrier x-1.

5.2.4. Mesures transitoires

Pour l'année de l'entrée en vigueur, le nombre de remboursements pour la prestation 184936-184940 sera attribué au pro rata sur la base de la date d'entrée en vigueur de cette condition de remboursement.

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-§29 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 1. et 4.1. 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° 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.

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.

G. Chirurgie vasculaire

G.1 Matériel de dilatation avec ou sans tuteur(s) périphérique(s) couvert(s) ou non-couvert(s)

G.1.1 Matériel de dilatation avec un (des) tuteur(s) périphérique(s) couvert(s) ou non-couvert(s)

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160510 - 160521 Matériel de dilatation et tuteur(s) utilisés lors de la prestation 589352 - 589363 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.685,56 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.685,56 €*

Conditions de remboursement : *G-§01*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160532 - 160543 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mesentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.321,93 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.321,93 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160554 - 160565 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mesentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.800,16 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.800,16 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160576 - 160580 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.321,93 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.321,93 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160591 - 160602 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.800,16 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.800,16 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160613 - 160624 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.321,93 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.321,93 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160635 - 160646 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.800,16 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.800,16 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160650 - 160661 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors d'une revascularisation veineuse

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.264,17 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.264,17 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/11/2016

182011 - 182022 Ensemble de matériel de dilatation et de drug-eluting stent(s) utilisés lors de la revascularisation des artères fémoro-poplitées au-dessus du genou

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36003
Base de remboursement	*1.485,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.485,70 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/11/2016

182033 - 182044 Ensemble de matériel de dilatation et de drug-eluting stent(s) utilisés lors de la revascularisation des artères fémoro-poplitées au-dessus du genou du côté contralatéral

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36003
Base de remboursement	*1.485,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.485,70 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2017

180235 - 180246 Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée, en combinaison avec un ou plusieurs tuteur(s)

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36105
Base de remboursement	*1.485,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.485,70 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2017

180250 - 180261 Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée controlatérale, en combinaison avec un ou plusieurs tuteur(s)

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36105
Base de remboursement	*1.485,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.485,70 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G. Chirurgie vasculaire

G.1.2 Matériel de dilatation sans tuteur périphérique

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160672 - 160683 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mésentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*389,14 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*389,14 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160694 - 160705 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*389,14 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*389,14 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/10/2019 Date première publication : 1/07/2014

160716 - 160720 Ensemble du matériel de dilatation et de revascularisation utilisé lors d'une revascularisation infra-poplité pour ischémie critique des membres inférieures chez des patients avec des lésions ulcératives qui ne guérissent pas ou des douleurs de repos nocturnes, par technique laser

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.688,52 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.688,52 €*

Conditions de remboursement : *G-§03*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160731 - 160742 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*389,14 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*389,14 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

160753 - 160764 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors d'une revascularisation veineuse

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*358,17 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*358,17 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2017

180191 - 180202 Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 36105

Base de remboursement	*1.485,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.485,70 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/04/2017

180213 - 180224 Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée controlatérale

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 36105

Base de remboursement	*1.485,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.485,70 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G.2 Matériel de thrombectomie ou embolectomie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160775 - 160786 Sonde de type Fogarty pour embolectomie, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*74,70 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,70 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160790 - 160801 Sonde de type Fogarty pour thrombectomie, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*118,71 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*118,71 €*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2017

182136 - 182140 Un ou plusieurs thrombus retrievers utilisés lors d'une procédure de thrombectomie mécanique intracrânienne endovasculaire en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*4.457,25 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.457,25 €*

Conditions de remboursement : *G-§10*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2017

182151 - 182162 Ensemble du matériel nécessaire à l'extraction endovasculaire d'un thrombus par aspiration, ou nécessaire à l'utilisation d'un thrombus retriever lors d'une procédure de thrombectomie mécanique intracrânienne endovasculaire, en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

Catégorie de remboursement : II.D.a

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 : *G-§10*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2017

182173 - 182184 Ensemble du matériel de dilatation et tuteur éventuel utilisé lors d'un traitement endovasculaire d'une constriction artérielle proximale, afin d'avoir un accès pour une extraction endovasculaire d'un thrombus intracrânien, en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*891,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*891,45 €*

Conditions de remboursement : *G-§10*

Date dernière modification : 1/04/2025 Date première publication : 1/06/2024

185253 - 185264 Ensemble du matériel de cathétérisme, utilisable à la fois pour aspiration et en combinaison avec un retriever mécanique, pour l'élimination endovasculaire d'un embole en cas d'embolie pulmonaire aiguë

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 39401

Base de remboursement	*4.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.000,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§12*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2025 Date première publication : 1/06/2024

185275 - 185286 Un ou plusieurs retrievers mécaniques pour l'élimination endovasculaire d'un embole en cas d'embolie pulmonaire aiguë

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 39402

Base de remboursement	*3.500,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.500,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§12*

Date dernière modification : 1/04/2025 Date première publication : 1/04/2025

185835 - 185846 Ensemble du matériel de cathétérisme, pour l'élimination endovasculaire d'un embole en cas d'embolie pulmonaire aiguë, par aspiration mécanique à débit contrôlé

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 39801

Base de remboursement	*5.750,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5.750,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§12*

G.3 Prothèses vasculaires

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160812 - 160823 Greffe vasculaire utilisée pour un bypass fémoro-poplité (au-dessus du genou)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*793,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*793,20 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160834 - 160845 Greffe vasculaire utilisée pour un cross-over fémoro-fémorale

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*743,63 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*743,63 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160856 - 160860 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass fémoro-distal

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.214,59 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.214,59 €*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160871 - 160882 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass axillo-fémoral

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.214,59 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.214,59 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160893 - 160904 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-iliaque

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*594,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*594,90 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160915 - 160926 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-fémoral

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*594,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*594,90 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160930 - 160941 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass ilio-fémoral

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*594,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*594,90 €*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160952 - 160963 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique < 15 cm

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*594,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*594,90 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160974 - 160985 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique > et = 15 cm

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*941,93 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*941,93 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

160996 - 161000 Greffe vasculaire type Valsalva avec ou sans ramification

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.685,56 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.685,56 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161011 - 161022 Greffe vasculaire avec une ou deux ramifications

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.288,96 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.288,96 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161033 - 161044 Greffe vasculaire avec trois ou quatre ramifications

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.685,56 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.685,56 €*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161055 - 161066 Greffe de bifurcation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*793,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*793,20 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161070 - 161081 Prothèse d'accès pour hémodialyse

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*495,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*495,76 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161092 - 161103 Greffe vasculaire droite utilisée pour un by-pass vasculaire, qui n'est pas défini dans les prestations 160812-160823, 160834-160845, 160856-160860, 160871-160882, 160893-160904, 160915-160926, 160930-160941, 160952-160963, 160974-160985, 160996-161000, 161011-161022, 161033-161044, 161055-161066 et 161070-161081

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*594,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*594,90 €*

G.4 Endoprothèses

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161114 - 161125 Endoprothèse de bifurcation avec segment contralatéral, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32701

Base de remboursement	*4.792,07 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.792,07 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161136 - 161140 Endoprothèse de bifurcation avec segment contralatéral et extensions iliaques et/ou aortiques, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32701, 32704, 32705
Base de remboursement	*5.784,96 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5.784,96 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161151 - 161162 Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec ou sans bouchon d'occlusion, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32702, 32703
Base de remboursement	*4.255,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.255,54 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161173 - 161184 Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec ou sans bouchon d'occlusion et extensions iliaques et/ou aortiques, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32702, 32703, 32704, 32705
Base de remboursement	*5.562,47 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5.562,47 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161195 - 161206 Endoprothèse aortique abdominale droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32706
Base de remboursement	*2.700,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.700,98 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161210 - 161221 Endoprothèse iliaque droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32709
Base de remboursement	*1.467,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.467,43 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161232 - 161243 Une endoprothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus, utilisée dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32708
Base de remboursement	*6.098,99 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*6.098,99 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161254 - 161265 Une endoprothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus et une endoprothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32707, 32708
Base de remboursement	*8.712,85 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.712,85 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161276 - 161280 Une endoprothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm, utilisée dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32707
Base de remboursement	*4.356,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.356,43 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161291 - 161302 Deux endoprothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32707
Base de remboursement	*6.970,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*6.970,28 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161313 - 161324 Trois endoprothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32707
Base de remboursement	*8.712,85 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.712,85 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161335 - 161346 Deux endoprothèses aortiques thoraciques droites : 15 cm ou plus, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32708
Base de remboursement	*8.712,85 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.712,85 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161350 - 161361 Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'artère iliaque pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32704
Base de remboursement	*1.467,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.467,43 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161372 - 161383 Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'aorte abdominale pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32705
Base de remboursement	*1.306,94 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.306,94 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161394 - 161405 Endoprothèse iliaque droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32709
Base de remboursement	*1.467,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.467,43 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161416 - 161420 Une endoprothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32707
Base de remboursement	*4.356,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.356,43 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161431 - 161442 Endoprothèse aortique thoracique hybride : 10 cm ou plus avec une greffe vasculaire branchée ou non-branchée, utilisée à l'occasion des prestations 229014-229025, 229316-229320, 229530-229541, 229596-229600, 229272-229283, 236014-236025, 236036-236040 ou 236051-236062 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32710
Base de remboursement	*9.508,80 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*9.508,80 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/03/2021 Date première publication : 1/07/2014

161453 - 161464 Endoprothèse aortique droite : 15 cm ou plus avec un prolongement en polyester, utilisée à l'occasion des prestations 237016-237020, 237053-237064 ou 237075-237086 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32710

Base de remboursement	*6.098,99 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*6.098,99 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/06/2020 Date première publication : 1/05/2016

172690 - 172701 Endoprothèse fenêtrée et/ou multibranches pour le traitement d'un anévrisme abdominal ou thoracique

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32711, 32704, 32705

Base de remboursement	*16.640,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*16.640,40 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/06/2020 Date première publication : 1/05/2016

172712 - 172723 Tuteur couvert utilisé au niveau de la branche ou fenêtre d'une endoprothèse fenêtrée ou multibranches

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.485,75 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.485,75 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2021 Date première publication : 1/04/2018

180493 - 180504 Extension de bifurcation iliaque, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32712

Base de remboursement	*3.958,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.958,10 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/05/2021 Date première publication : 1/04/2018

180515 - 180526 Extension de bifurcation iliaque, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée du côté controlatéral dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32712

Base de remboursement	*3.958,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.958,10 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2021 Date première publication : 1/06/2020

180854 - 180865 Endoprothèse de bifurcation iliaque isolée, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32713

Base de remboursement	*3.958,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.958,10 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2021 Date première publication : 1/06/2020

180876 - 180880 Endoprothèse de bifurcation iliaque isolée, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée du côté controlatéral dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32713

Base de remboursement	*3.958,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.958,10 €*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G.5 Matériel d'embolisation

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/07/2014

161490 - 161501 Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589131 - 589142 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*665,17 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*665,17 €*

Conditions de remboursement : *G-§01,G-§05*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/07/2014

161512 - 161523 Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589411 - 589422 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*307,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*307,01 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174016 - 174020 Ensemble du matériel de cathétérisme de base pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par point de ponction, pour un abord percutané

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*281,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*281,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174031 - 174042 Ensemble du matériel de cathétérisme de base pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire avec une configuration triaxiale et à l'aide d'un cathéter intermédiaire « distal access », par point de ponction, pour un abord percutané

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*954,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*954,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174053 - 174064 Premier microcathéter et accessoires pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.279,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.279,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174090 - 174101 Premier microcathéter et accessoires utilisés lors d'une embolisation avec du matériel solidifiant, dans la région encéphalique ou médullaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.365,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.365,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174112 - 174123 Microcathéter et accessoires utilisés lors d'une embolisation avec du matériel solidifiant, dans la région encéphalique ou médullaire, par microcathéter supplémentaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.080,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.080,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174134 - 174145 Ballon de remodelage avec lumière simple, utilisé lors d'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.276,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.276,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174156 - 174160 Ballon de remodelage avec lumière double, utilisé lors d'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*1.806,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.806,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174171 - 174182 Spire détachable pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.180,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.180,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174193 - 174204 Stent pour le support du matériel d'embolisation à hauteur du collet de l'anévrisme dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 37601

Base de remboursement	*4.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.000,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174215 - 174226 Stent pour le support du matériel d'embolisation à hauteur du collet de l'anévrisme situé sur une bifurcation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 37602

Base de remboursement	*9.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*9.000,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174230 - 174241 Système de diversion de flux ou dérivateur de flux intra-artériel ou intra-sacculaire (flow diverter ou flow disruptor) pour le remodelage du flux sanguin artériel à hauteur de l'anévrisme dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 37603

Base de remboursement	*13.900,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*13.900,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174252 - 174263 Matériel non adhésif solidifiant et accessoires pour effectuer une embolisation d'une fistule artério-veineuse, malformation ou tumeur dans la région encéphalique ou médullaire, par kit

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 37604

Base de remboursement	*850,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*850,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174274 - 174285 Microparticules ou particules d'alcool polyvinylique pour effectuer une embolisation d'une fistule artério-veineuse, malformation ou tumeur dans la région encéphalique ou médullaire, par kit

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 37605

Base de remboursement	*155,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*155,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174296 - 174300 Un ou plusieurs thrombus retrievers pour l'évacuation d'un thrombus intracrânien apparu durant l'embolisation dans la région encéphalique ou médullaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*4.457,25 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.457,25 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174311 - 174322 Ensemble du matériel de dilatation et stent éventuel utilisés lors d'un traitement endovasculaire d'une constriction artérielle proximale, afin d'avoir un accès à une lésion à emboliser dans la région encéphalique ou médullaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*891,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*891,45 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/10/2019

174075 - 174086 Microcathéter et accessoires pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, à partir du deuxième microcathéter

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*932,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*932,00 €*

Conditions de remboursement : *G-§05*

G.6 Cathéter pour la recanalisation d'une occlusion vasculaire

Date dernière modification : 1/06/2024 Date première publication : 1/07/2014

161534 - 161545 Utilisation d'un ou plusieurs cathéters à l'occasion de la prestation 589175 - 589186 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*358,17 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*358,17 €*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G.7 Systèmes veineux centraux pour usage prolongé

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161556 - 161560 Cathéter veineux central tunnellisé simple ou multi-lumière, de type Hickman-Broviac pour usage prolongé, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*168,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*168,55 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161571 - 161582 Cathéter veineux central tunnellisé pour dialyse, de type Hickman-Broviac pour utilisation prolongée, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*228,04 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*228,04 €*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161593 - 161604 Cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICC) pour utilisation prolongée, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*69,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*69,40 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161615 - 161626 Réservoir implantable avec une ou deux chambres avec cathéters, pour injections transcutanées répétées, pour injections intraveineuses, intra-artérielles, épidurales, intrathécales ou intrapéritonéales, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*297,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*297,45 €*

G.8 Vascular closure device

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161630 - 161641 Implant et accessoires pour la fermeture percutanée de la paroi artérielle après une procédure endovasculaire thérapeutique, par session opératoire

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement	*148,72 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,79 €*
				Montant du remboursement	*66,93 €*

G.9 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

G.9.1 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation d'une artère des membres

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

161652 - 161663 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 235115-235126 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

161674 - 161685 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 235211-235222 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/08/2017

180316 - 180320 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la revascularisation d’une artère des membres inférieurs par pontage in situ

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G.9.2 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation d'une seule artère abdominale, d'un pontage aortofémoral, aorto-iliacal ou iliacofémoral

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

161696 - 161700 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 237090-237101 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

161711 - 161722 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 237171-237182 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G. Chirurgie vasculaire

G.9.3 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une opération sur le coeur ou les gros vaisseaux intrathoraciques

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

161733 - 161744 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229014 - 229025 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

161755 - 161766 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229515 - 229526 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G.9.4 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation myocardique

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

161770 - 161781 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229574 - 229585 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§06,G-§08*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

161792 - 161803 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229611 - 229622 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

161814 - 161825 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229633 - 229644 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*340,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*85,19 €*
				Montant du remboursement	*255,58 €*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G.10 Cathéter en vue de l'évacuation des collections profondes

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161836 - 161840 Sonde de drainage à double voie utilisée lors de la prestation 589234 - 589245 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*102,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*102,34 €*

G.11 Filtre de veine cave

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161851 - 161862 Filtre endovasculaire de veine cave mis en place par voie percutanée, y compris le matériel utilisé lors du placement

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*594,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*594,90 €*

G.12 Patches

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161873 - 161884 Patch pour angioplastie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*148,72 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*148,72 €*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161895 - 161906 Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*74,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,37 €*

G.13 Matériel pour le traitement des varices des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161910 - 161921 Ensemble du matériel utilisé lors d'un traitement complet endoveineux unilatéral ou bilatéral des varices des membres inférieurs avec laser ou radiofréquence lors des prestations 238173-238184, 238210-238221 ou 238276-238280 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*255,84 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*140,71 €*
				Montant du remboursement	*115,13 €*

Conditions de remboursement : *G-§07*

G.14 Neurostimulateurs et accessoires

G.14.1 Neurostimulateurs et accessoires en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/12/2014

171216 - 171220 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*5.266,74 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/12/2014

171231 - 171242 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32802

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*9.169,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/12/2014

171253 - 171264 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32801

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *5.266,74 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/12/2014

171275 - 171286 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32801

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *5.266,74 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/12/2014

171290 - 171301 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32802

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *9.169,81 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/12/2014

171312 - 171323 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32802

Base de remboursement *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

Prix plafond *9.169,81 €* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *0,00 €*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/04/2015

171916 - 171920 Ensemble des électrodes et extensions implantées, pour placement chirurgical ou percutané, pour stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/04/2015

171931 - 171942 Ensemble des électrodes et extensions en cas de stimulation d'essai négative, pour placement chirurgical ou percutané, pour stimulation des cordons postérieurs à la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.089,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.089,55 €*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/04/2015

171953 - 171964 Ensemble des extensions de remplacement implantées pour neurostimulation en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*169,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*169,38 €*

Conditions de remboursement : *G-§09*

G.15 Extraction d'un corps étranger libre intravasculaire ou intracardiaque

Date dernière modification : 1/09/2019 Date première publication : 1/09/2019

174333 - 174344 Un ou plusieurs cathéter(s) d’extraction avec un diamètre extérieur distal supérieur ou égal à 4 French utilisé(s) lors de la prestation 589816-589820 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*393,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*393,66 €*

Conditions de remboursement : *G-§11*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/09/2019 Date première publication : 1/09/2019

174355 - 174366 Un ou plusieurs cathéter(s) d’extraction avec un diamètre extérieur distal inférieur à 4 French utilisé(s) lors de la prestation 589816-589820 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*790,61 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*790,61 €*

Conditions de remboursement : *G-§11*

Conditions de remboursement

G-§01

Prestations liées

160510	160521
161490	161501

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les dispositifs visés par les prestations 160510-160521 et 161490-161501, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Lors de la réalisation simultanée d'une embolisation des varices oesophagiennes, les prestations 160510-160521 et 161490-161501 peuvent être cumulées.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§02	
Prestations liées	
160532	160543
160554	160565
160576	160580
160591	160602
160613	160624
160635	160646
160650	160661
160672	160683
160694	160705
160731	160742
160753	160764
161534	161545
180191	180202
180213	180224
180235	180246
180250	180261
182011	182022
182033	182044

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors de la revascularisation, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 160591-160602, 160554-160565 et 160635-160646 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants :

- rupture iatrogène ou rupture après traumatisme

ou

- dissections

ou

- faux anévrismes

ou

- anévrisme poplité, fémoral (cette indication ne vaut pas pour la prestation 160554-160565)

ou

- anévrisme iliaque avec un diamètre inférieur à 3 cm (cette indication ne vaut pas pour la prestation 160554-160565)

ou

- anévrisme de l'artère sous-clavière (cette indication ne vaut pas pour la prestation 160591-160602)

ou

- fistules artério-veineuse pathologique

Les prestations 180191-180202 et 180213-180224 ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

- Après prédilatation, il n'y a aucun indicateur montrant que le placement d'un stent soit nécessaire.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 182011-182022, 182033-182044, 180191-180202 et 180213-180224 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1 Définition

Par "drug-coated ballon", il faut comprendre un ballon endovasculaire qui est utilisé pour déposer un médicament antiprolifératif sur la paroi artérielle de la lésion

3.2. Critères

3.2.1. Un drug-eluting stent y compris le système de placement ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

- avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique d'au moins 80 % établie par le protocole et avec un suivi de 12 mois minimum que le dispositif est supérieur a un stent en métal nu, et/ou n'est pas inférieur à un dispositif qui se trouve déjà sur la liste nominative,

et

- avoir démonter un profil de sécurité acceptable sur 200 patients minimum;

3.2.2. Un drug-coated ballon ne peut entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire pour une inscription que s'il répond aux critères suivants:

- En termes de risque de revascularisation, il a été démontré, dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique d'au moins 80 % établie par le protocole et un suivi d'au moins 12 mois, que le dispositif est supérieur à une dilatation par ballon classique, ou n'est pas inférieur à un dispositif comparable déjà inscrit sur la liste nominative

et

- a démontré un profil de sécurité acceptable sur 200 patients au minimum

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première 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 160591-160602, 160554-160565, 160672-160683, 160576-160580, 160532-160543, 160694-160705, 160716-160720, 182011-182022, 180191-180202 et 180235-180246 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 160613-160624, 160731-160742, 160635-160646, 182033-182044, 180213-180224 et 180250-180261 ne sont pas cumulables entre elles.

La prestation 160650-160661 n'est pas cumulable avec la prestation 160753-160764.

La prestation 160716-160720 n'est pas cumulable avec la prestation 161534-161545.

La prestation 161534-161545 n'est pas cumulable avec la prestation 185253-185264.

5.2. Autres règles

Dans le libellé des prestations 160613-160624, 160731-160742 et 182033-182044, par "autre axe anatomique", il faut comprendre un autre axe artériel ou la présence d'une articulation entre deux artères.

Les prestations 160613-160624 et 182033-182044 ne peuvent être attestées chacune qu'une seule fois si les stents sont utilisés lors de la revascularisation d'une artère contralatérale et de l'autre axe anatomique durant une seule session opératoire.

La prestation 160613-160624 ne peut-être attestée qu'une seule fois si les stents sont utilisés lors de la revascularisation des artères de deux axes anatomiques durant une seule session opératoire.

La prestation 160731-160742 ne peut être facturée qu'une seule fois si une dilatation a lieu lors de le revascularisation d'une artère contralatérale et de l'autre axe anatomique durant une seule session opératoire ou si une dilatation a lieu lors de la revascularisation des artères de deux axes anatomiques durant une seule session opératoire.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d’application.

G-§03
Prestations liées

160716	160720

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de dilatation et de revascularisation utilisé lors d'une revascularisation infra-poplité pour ischémie critique des membres inférieures, 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
Pour la prestation 160716-160720, le formulaire G-form-I-1 relatif à la pose de l'indication et au matériel utilisé doit être complété et signé par deux médecins spécialistes : un spécialiste en radiologie ou chirurgie vasculaire et un spécialiste en cardiologie ou médecine interne ou neurologie ou radiologie ou chirurgie vasculaire. Ces deux médecins spécialistes doivent avoir une spécialité différente et travailler dans le même centre. Les deux médecins prennent conjointement la responsabilité de la pose de l'indication.
Ce formulaire doit toujours être conservé avec la prescription dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
Pas d'application

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 160716-160720 n'est pas cumulable avec les prestations 160591-160602, 160554-160565, 160672-160683, 161534-161545, 160694-160705, 160576-160580 et 160532-160543.

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

G-§04	
Prestations liées	
161114	161125
161136	161140
161151	161162
161173	161184
161195	161206
161210	161221
161232	161243
161254	161265
161276	161280
161291	161302
161313	161324
161335	161346
161350	161361
161372	161383
161394	161405
161416	161420
161431	161442
161453	161464
172690	172701
172712	172723
180493	180504
180515	180526
180854	180865
180876	180880

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, 172690-172701, 172712-172723, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 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 est doté d'une formation solide et d'une expérience soutenue en matière de procédures endovasculaires et de traitement chirurgical d'un anévrisme aortique, d'un anévrisme iliaque et, le cas échéant, d'un anévrisme thoracique, et se profile comme tel à l'égard des médecins de renvoi et des patients.

L'intervention pour les prestations 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161416-161420, 161431-161442, 172690-172701 en 172712-172723 est en outre limitée aux établissements hospitaliers qui disposent de l'agrément complet pour le programme de soins "Pathologie cardiaque" B, accordé par l'autorité compétent du programme de soins "pathologie cardiaque".

Pour la prestation 172690-172701 l'établissement hospitalier doit disposer d'une salle d'opération hybride.

Celle-ci répond à toutes les exigences pour une salle d'opération et de radiologie interventionnelle et est pourvue au minimum d'un arceau (C-arm) fixe.

Les établissements hospitaliers doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire composée au minimum de deux chirurgiens équivalent temps plein (8/10) ayant une formation et expérience particulières en chirurgie vasculaire, ci-après dénommés

"chirurgiens vasculaires" et un radiologue équivalent temps plein (8/10) ayant une formation et expérience particulières en radiologie interventionnelle, ci-après dénommé "radiologue interventionnel".

Bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs établissements hospitaliers, ils ne pourront entrer en ligne de compte que dans un seul établissement hospitalier pour valider l'enregistrement en ligne.

Pour ce faire, le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste sur base du formulaire G-Form-II-1, mise à jour annuellement, avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier et l'enverra pour information à la Commission et au Conseil technique médical.

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement de ces prestations, l'établissement hospitalier doit, dans le courant de l'année x, avant le 1er novembre, communiquer au Service des Soins de Santé la composition de l'équipe.

Si l'établissement hospitalier satisfait à ces critères, il peut bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour ces prestations pendant un an, à partir du 1er janvier de l'année x+1 jusqu'au 31 décembre de l'année x+1 y compris.

Les modifications apportées à la composition de l'équipe dans le courant de l'année x+1 sont spontanément communiquées par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé.

Un établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis si, au sein de l'équipe multidisciplinaire, il n'y a plus deux chirurgiens vasculaires et/ou de radiologue interventionnel.

Dès l'instant où ceci est constaté, l'établissement hospitalier perd pendant trois mois le droit d'attester les prestations précitées.

Durant cette période, l'établissement hospitalier peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne font plus l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire et ce jusqu'au moment où l'établissement hospitalier satisfait de nouveau à ces critères et en a informé le Service des Soins de Santé.

Le suivi étant inclus dans une prestation effectuée selon les règles de l'art, sa réalisation est une condition dans le cadre de l'expérience soutenue d'un établissement hospitalier.

Lorsque l'intervention est effectuée par un radiologue interventionnel, un chirurgien vasculaire doit être immédiatement disponible pour intervenir en cas de complications.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, 172690-172701, 172712-172723, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Indications

Le diamètre est mesuré en travers de l'axe longitudinal de l'anévrisme à l'aide d'un CT scan ou d'une résonance magnétique.

2.1.1. pour les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 :

1) Anévrisme aortique abdominal infrarénal

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes;

ou

- anévrisme fusiforme de l'aorte d'un diamètre de 4,5 à 5,5 cm chez les bénéficiaires symptomatiques souffrant de douleurs dorsales et abdominales avec anévrisme palpatoire et douloureux ou dans le cas d'une anamnèse familiale d'anévrisme (parents du premier degré);

ou

- anévrisme de l'artère iliaque d'un diamètre supérieur à 3,5 cm, sans collet proximal;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant) nonobstant le diamètre;

ou

- rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

b) L'anévrisme remplit les critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

et

- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

et

- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible.

c) Sont exclus les anévrismes :

- dont le collet proximal présente une angulation supérieure à 70° et/ou des calcifications circulaires importantes;

ou

- qui présentent des tortuosités et calcifications iliaques entraînant l'impossibilité de placement du dispositif d'introduction.

2) Anévrisme de l’artère iliaque

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme iliaque isolé d'un diamètre supérieur à 3,5 cm avec une zone d'amarrage proximale et distale, rendant possible l'utilisation d’une endoprothèse iliaque droite;

ou

- rupture d'anévrisme iliaque, nonobstant le diamètre.

ou

- anévrisme iliaque ou aorto-iliaque d'un diamètre supérieur à 3,5 cm sans zone d'amarrage distale dans l’artère iliaque commune mais avec une zone d'amarrage distale dans l’artère iliaque externe, rendant possible l'utilisation d’une endoprothèse bifurquée iliaque;

3) Anévrisme de l’aorte thoracique

3.1. Anévrisme de l'aorte descendante

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

ou

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

b) L'anévrisme répond aux critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1,5 cm (n'est pas exigé pour les prestations 161431-161442 et 161453-161464) et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

ou

- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 2 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

ou

- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible, sans tortuosités et/ou calcifications iliaques graves.

3.2 Anévrismes de l'aorte ascendante

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

ou

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

3.3 Anévrisme de l'arc aortique

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

ou

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

4) Endoleak de type I ou endotension (avec croissance de l'anévrisme) après réparation endovasculaire d'un :

- anévrisme aortique abdominal;

- anévrisme iliaque;

- anévrisme thoracique

5) Une endoleak de type III à hauteur de l'aorte infrarénale est considéré comme un nouvel anévrisme.

2.1.2. pour la prestation 172690-172701:

- Anévrisme aortique fusiforme juxtarénal (collet proximal sous l'artère rénale < 1cm) ou pararénal ou thoraco-abdominal ou thoracique avec un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes

- Anévrisme sacculaire (collet proximal sous l'artère rénale < 1cm) ; anévrisme vrai ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant ; de l'aorte descendante, juxtarénale ou pararénale nonobstant le diamètre

L'intervention est uniquement d'application pour le traitement d'un anévrisme aortique pararénal ou juxtarénal ou pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte descendante où l'irrigation de branches collatérales essentielles doit être maintenue.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, 172690-172701, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif qui répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Pour la prestation 161114-161125:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre le tuteur de bifurcation, le segment contralatéral ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour la prestation 161136-161140:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre le tuteur de bifurcation, le segment contralatéral, les extensions iliaques et/ou aortiques, quel que soit leur nombre, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour la prestation 161151-161162:

L’intervention de l’assurance obligatoire couvre l'endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale, le bouchon d'occlusion s'il a été implanté, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour la prestation 161173-161184:

L’intervention de l’assurance obligatoire couvre l'endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale, le bouchon d'occlusion s'il a été implanté, les extensions iliaques et/ou aortiques, quel que soit leur nombre, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour les prestations 161195-161206, 161232-161243, 161276-161280, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442 et 161453-161464:

L’intervention de l’assurance obligatoire couvre la prothèse, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour les prestations 161254-161265, 161291-161302, 161313-161324 et 161335-161346:

L’intervention de l’assurance obligatoire couvre les prothèses, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

Pour la prestation 172690-172701:

L’intervention de l’assurance obligatoire couvre les endoprothèses, le segment contralatéral, les extensions iliaques et/ou aortiques éventuelles, quel que soit leur nombre, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

Pour les prestations 180493-180504 et 180515-180526 :

L’intervention de l’assurance obligatoire couvre l’ extension de bifurcation iliaque, l’extension ou tuteur couvert pour placement dans l’artère iliaque interne, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

Pour les prestations 180854-180865 et 180876-180880 :

L’intervention de l’assurance obligatoire couvre l’endoprothèse de bifurcation iliaque, l’extension ou tuteur couvert pour placement dans l’artère iliaque interne, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

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 résultats d'imagerie médicale qui ont servi à établir l'indication ainsi que les documents de suivi 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 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161416-161420, 172690-172701, 180493-180504 et 180854-180865 ne peuvent être attestées qu'une fois par hospitalisation et ne peuvent pas être cumulées entre elles.

La prestation 172690-172701 n’est pas cumulable avec les prestations 160532 – 160543, 160554 - 160565, 160613 – 160624 ou 160635 – 160646.

Les prestations 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 ne sont pas cumulables avec les prestations 160532 – 160543, 160554 - 160565, 160613 – 160624, 160635 – 160646 ou 161136 - 161140.

La prestation 172712-172723 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 172690-172701.

La prestation 180515-180526 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 180493-180504.

La prestation 180876-180880 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 180854-180865.

Le nombre de prestations 172712-172723 lors d'une intervention ne peut pas être supérieur au nombre de branches ou fenêtres de l'endoprothèse attestée sous la prestation 172690-172701.

Les prestations 180493-180504 et 180515-180526 peuvent uniquement être attestées en combinaison avec la prestation 161114-161125 ou 161151-161162.

Les prestations 180854-180865 et 180876-180880 sont cumulables avec la prestation 161210-161221.

5.2. Autres règles

Le montant de l'intervention pour la prestation est un forfait par intervention qui couvre le coût de l'implant total, nonobstant le nombre, les éléments qui le composent et/ou tous les accessoires.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

G-§05	
Prestations liées	
161490	161501
161512	161523
174016	174020
174031	174042
174053	174064
174075	174086
174090	174101
174112	174123
174134	174145
174156	174160
174171	174182
174193	174204
174215	174226
174230	174241
174252	174263
174274	174285
174296	174300
174311	174322

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'emploi de matériel d'embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 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 répond à tous les critères du programme de soins spécialisés « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » comme décrit dans l'Arrêté Royal du 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

3.1 Définition

Dans le libellé des prestations 174016-174020 et 174031-174042, on entend par "matériel de cathétérisme de base" : tout le

matériel nécessaire pour obtenir un accès jusqu'au vaisseaux encéphaliques ou médullaires.

Dans le libellé de la prestation 174031-174042, on entend par "configuration triaxiale" : une combinaison emboitée d'un cathéter de base ou gaine avec une longueur de travail d'au moins 70 cm, d'un cathéter intermédiaire « distal access » avec une longueur de travail d'au moins 90 cm et d'un microcathéter. Le cathéter intermédiaire « distal access » a une extrémité flexible et est utilisé dans le but d'atteindre au moins la partie distale de l'artère carotide interne, l'artère carotide externe, l'artère vertébrale ou la veine jugulaire interne.

Dans le libellé des prestations 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101 et 174112-174123, on entend par "microcathéter" : un cathéter avec un diamètre extérieur maximal allant jusqu'à 3 French (1 mm).

Dans le libellé de la prestation 174171-174182, on entend par " spire détachable "une spire qui peut être retirée dans le cathéter et repositionnée pendant la procédure et qui doit être détachée du poussoir d'une façon contrôlée pour l'implantation.

Les prestations 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226 et 174230-174241 couvrent l'implant et le système de placement spécifiquement pour l'implant.

Dans le libellé de la prestation 174252-174263, on entend par "accessoires" : la substance radio-opaque, le solvant et le matériel pour mélanger les composants avec la substance solidifiante et pour déposer le mélange au niveau de la lésion via le microcathéter.

3.2. Critères

3.2.1 Un stent pour traitement d'un anévrisme intracrânien situé à hauteur d'une bifurcation (174215-174226) ou un système de diversion ou un dérivateur de flux (174230-174241) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'ils répondent aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA

- soit disposer d'une ou plusieurs études cliniques publiées dans une revue «peer reviewed» avec au minimum cinquante patients ayant un suivi de 3 mois, qui démontrent que le dispositif a un profil de sécurité acceptable.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Le rapport médical et les images radiologiques desquels il ressort que les dispositifs décrits sous les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ont été utilisés, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire. Ce rapport reprend, en plus de la description des lésions, le résultat à atteindre et le résultat obtenu, et de façon détaillée, quels dispositifs ont été utilisés pour l'embolisation effective.

4.2. Remplacement

Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 589116 - 589120 de la nomenclature.

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Par point de ponction, seule une prestation 174016-174020 ou une prestation 174031-174042 peut être attestée.

Les prestations 174053-174064 et 174090-174101 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par intervention et ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 174075-174086 et 174112-174123 ne peuvent être attestées que si les prestations 174053-174064 ou 174090-174101 sont respectivement attestées.

5.2. Autres règles

Les prestations 161490-161501, 161512-161523, 174252-174263 ou 174274-174285 ne peuvent pas être attestées pour couvrir le matériel utilisé lors d'une vertébroplastie ou cyphoplastie.

Les colles tissulaires ne peuvent pas être attestées sous la prestation 174252-174263.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d’application

7. Divers

Pas d’application

G-§06
Prestations liées

161770 161781

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relative au système de stabilisation du tissu myocardique, 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
Selon le matériel utilisé, les prestations 159655-159666, 161770-161781 et 159051-159062 peuvent être cumulées. La prestation 161770-161781 ne peut être attestée que si, en plus des greffes artérielles (a. mamaria), des greffes veineuses (v. saphène) sont également utilisées.

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

G-§07
Prestations liées

161910 161921

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux dispositifs utilisés lors d'un traitement complet endoveineux unilatéral ou bilatéral des varices des membres inférieurs, 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 161910-161921 ne peut être attestée qu'une seule fois par bénéficiaire.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§08	
Prestations liées	
161652	161663
161674	161685
161696	161700
161711	161722
161733	161744
161755	161766
161770	161781
161792	161803
161814	161825
180316	180320

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

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

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

Les prestations 161652-161663, 161674-161685 et 180316-180320 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles
Les prestations 161652-161663, 161674-161685 et 180316-180320 ne peuvent être facturées qu'une seule fois durant une seule session opératoire.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§09	
Prestations liées	
171216	171220
171231	171242
171253	171264
171275	171286
171290	171301
171312	171323
171916	171920
171931	171942
171953	171964

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301, 171312-171323, 171916-171920, 171931-171942 et 171953-171964 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 doit disposer d'une équipe qui dispose au moins de deux chirurgiens équivalent temps plein dont l'un dispose d'une expertise théorique et clinique en pathologie vasculaire et d'une expérience dans le traitement concerné d'ischémie critique des membres inférieurs et au moins un interniste équivalent temps plein.
ET
- L'établissement hospitalier doit disposer d'un service de "chirurgie vasculaire", accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
ET
- L'établissement hospitalier doit disposer d'une expérience quotidienne des lésions vasculaires obstructives.
ET
- L'établissement hospitalier doit disposer d'un laboratoire vasculaire non invasif dans lequel un doppler, un échodoppler et une mesure transcutanée de la diffusion d'oxygène peuvent être effectués.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301, 171312-171323, 171916-171920, 171931-171942 et 171953-171964 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion
Le bénéficiaire souffre d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs et satisfait à tous les critères d'inclusion:
1) Ischémie critique des membres inférieurs avec douleur au repos depuis au moins 1 mois, avec ou sans gangrène limitée (max. 2 orteils ou nécrose superficielle du talon), avec ou sans ulcère artériel (inférieur à 3 cm et superficiel), sans infection active au niveau des lésions trophiques;
La gravité des affections vasculaires ischémiques doit être démontrée par des données cliniques, par le résultat d'une courbe de doppler à hauteur de la cheville, par des images d'artériographie et par une évaluation de la microcirculation. L'évaluation de la microcirculation est effectuée au moyen des résultats d'une diffusion d'oxygène transcutanée chez le patient en position couchée et en position jambes pendantes;
ET
2) Résultats positifs obtenus pendant la période de test qui doit obligatoirement être exécutée:
Une thérapie d'essai de quinze jours minimum avec électrode implantée par voie percutanée ou extension chirurgicale doit être réalisée après accord du Collège des médecins directeurs dans un des cas suivants:
- la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée se situe entre 10 mm Hg et 30 mm Hg ou est égale à 10 mm Hg;
- la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée est inférieure à 10 mm Hg, mais remonte à 20 mmHg ou plus avec le pied en position pendante.
Les résultats de la thérapie d'essai sont considérés comme positifs si la douleur est diminuée d'au moins de 50% et si on peut réduire la prise d'antalgiques grâce à la neurostimulation d'essai avec une amélioration manifeste de la qualité de vie;
ET
3) Une revascularisation durable est hautement improbable;
ET
4) Pression de perfusion distale inférieure à 50 mmHg, avec un index de pression cheville / bras inférieur à 35 % ou en cas de calcinose diabétique de la média, absence de pulsations périphériques;
ET
5) L'espérance de vie est de cinq ans ou plus;
ET
6) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Critères d'exclusion
- Toute contre-indication chirurgicale d'une telle intervention
OU
- les contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie
OU
- d'autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (affection cardiovasculaire grave, coagulopathie, ...)

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301 et 171312-171323 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
Pas d'application

3.3. Condition de garantie
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301 et 171312-171323, les garanties suivantes doivent être données:

Défaut du dispositif:
Une garantie (warranty) en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de quinze mois.

Durée de vie:
Une garantie de quinze mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux en cas d'end-of-life et une garantie de vingt-quatre mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs bilatéraux en cas d'end-of-life.

4. Procédure de demande et formulaires
4.1. Première implantation
Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171916-171920 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la stimulation d'essai liée aux prestations 171216-171220 et 171231-171242 doit être envoyée préalablement à l'intervention par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs via le formulaire G-Form-I-04 signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
La demande est soumise à la «Commission Peer review Neurostimulation» instaurée par le Collège des médecins-directeurs. Le Collège transmet la demande à cette Commission endéans les trente jours après réception. La Commission Peer Review est composée d'au moins trois membres désignés par l'Association belge de Chirurgie vasculaire. Dans cette commission, au moins un membre de chaque groupe linguistique a un siège. Les membres du Collège des médecins-directeurs et le Conseil Technique des Implants peuvent assister à la réunion de cette Commission Peer Review. Cette Commission Peer Review est convoquée par le Service en assemblée.

La «Commission Peer Review Neurostimulation» a toujours la possibilité d'inviter le médecin-spécialiste implanteur pour venir présenter personnellement ses dossiers.

Ensuite, la demande de remboursement est de nouveau soumise avec avis motivé de la «Commission Peer Review Neurostimulation» au Collège des médecins-directeurs qui prend la décision finale de remboursement par l'assurance obligatoire ou de refus de la stimulation d'essai

Endéans les trente jours qui suivent la réception au Collège de cet avis, la décision du Collège des médecins-directeurs doit être communiquée simultanément et immédiatement au médecin conseil, au médecin spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier

En cas d'un avis positif pour une stimulation d'essai le médecin-spécialiste implanteur doit ensuite transmettre le résultat obtenu lors d'une stimulation d'essai au Collège des médecins-directeurs qui le renvoie endéans les trente jours après réception pour avis à la Commission peer review. Sur base de l'avis de la Commission peer review le Collège prend une décision de remboursement du neurostimulateur définitif endéans les trente jours qui suivent la réception au Collège de l'avis de la Commission Peer Review. La décision doit être communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au médecin spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier

Les documents (y compris les follow-up) desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions susmentionnées pour l'implantation, doivent toujours être présents dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 171253-171264, 171290-171301, 171916-171920, 171953-171964 doit être envoyée au collège de médecins-directeurs avant l'implantation par le médecin-spécialiste implanteur, via le formulaire G-Form-I-05 signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. La raison du remplacement

doit obligatoirement être indiquée.

La demande d'intervention doit être soumise à la « Commission Peer Review Neurostimulation » instaurée par le Collège des médecins-directeurs, et fonctionnant comme décrite sous 4.1.

La procédure à suivre est identique à celle d'une première implantation, sans qu'une nouvelle stimulation d'essai soit effectuée.

Endéans les trente jours qui suivent la réception au Collège de l'avis de la Commission Peer Review, la décision du Collège des médecins-directeurs, sur base de l'avis de la Commission Peer Review Neurostimulation, est communiquée simultanément et directement au médecin-conseil, au médecin-spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier

4.3. Remplacement prématuré

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 171275-171286 et 171312-171323 doit être envoyée au Collège de médecins-directeurs avant l'implantation par le médecin-spécialiste implanteur, via le formulaire G-Form-I-05 signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. La raison du remplacement anticipé doit obligatoirement être indiquée.

La demande d'intervention doit être soumise à la « Commission Peer Review Neurostimulation » instaurée par le Collège des médecins-directeurs, et fonctionnant comme décrit sous 4.1.

La procédure à suivre est identique à celle d'une première implantation, sans qu'une nouvelle stimulation d'essai soit effectuée.

Endéans les trente jours qui suivent la réception par le Collège de l'avis de la Commission Peer Review, la décision du Collège des médecins-directeurs, sur base de l'avis de la Commission Peer Review Neurostimulation, est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au médecin-spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier.

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
Après une stimulation d'essai défavorable, on ne peut pas procéder à l'implantation d'un neurostimulateur définitif. L'électrode d'essai peut être attestée sous la prestation 171931-171942.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§10	
Prestations liées	
182136	182140
182151	182162
182173	182184

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 182136-182140, 182151-182162 et 182173-182184 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 répond à tous les critères du programme de soins spécialisés "soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » comme décrit dans l'Arrêté Royal de 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés.

2. Critères concernant le bénéficiaire

pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition

Un thrombus retriever est un dispositif endovasculaire constitué d'un maillage métallique fin. Durant le déploiement, le thrombus est emprisonné dans le maillage et peut ensuite être retiré du vaisseau

3.2. Critères

pas d'application

3.3. Conditions de garantie

pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

pas d'application

5. Règles d'attestation

Les prestations 182136-182140, 182151-182162 et 182173-182184 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hospitalisation.

La prestation 182173-182184 peut être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 182151-182162.

La prestation 182151-182162 n'est pas cumulable avec la prestation 161534-161545.

6. Résultats et statistiques

pas d'application

7. Divers

pas d'application

G-§11
Prestations liées

174333	174344
174355	174366

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel pour l'extraction percutanée d'un corps étranger libre intravasculaire ou intracardiaque, 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

La prestation 174333-174344 n'est pas cumulable avec la prestation 174355-174366

5.2 Autre 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

G-§12
Prestations liées

185253	185264
185275	185286
185835	185846

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'élimination endovasculaire d'un embole en cas d'embolie pulmonaire aiguë, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 185253-185264, 185275-185286 et 185835-185846 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées sur un site d'un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

a) Il dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente

b) Il dispose d'un 'Pulmonary Embolism Response Team' (PERT), composé et fonctionnant conformément aux dernières recommandations de l'European Society of Cardiology. Ce PERT a au minimum une expertise en soins intensifs, cardiologie, cardiochirurgie, pneumologie et radiologie interventionnelle.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 185253-185264, 185275-185286 et 185835-185846 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

a) Embolie pulmonaire aiguë grave, traitée ou programmée pour un traitement par anticoagulant ;

b) et

i. soit à haut risque de décès prématuré avec une contre-indication absolue aux thrombolytiques ;

ii. soit à haut risque de décès prématuré et après un échec du traitement par thrombolytiques ;

iii. soit à risque intermédiaire-haut de décès prématuré avec détérioration hémodynamique malgré un traitement par anti-coagulant bien conduit, avec une contre-indication absolue aux thrombolytiques ;

iv. soit à risque intermédiaire-haut de décès prématuré avec détérioration hémodynamique malgré un traitement par anti-coagulant bien conduit, et après un échec du traitement par thrombolytiques ;

c) et le bénéficiaire est sélectionné avant l'intervention selon ces critères par l'équipe PERT.

Ces critères doivent être interprétés sur la base des définitions figurant dans les dernières recommandations de l' European Society of Cardiology.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 185253-185264, 185275-185286 et 185835-185846 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Un retriever mécanique est un dispositif endovasculaire constitué d'un maillage métallique fin. Durant le déploiement, un thrombus ou embole est emprisonné dans sa structure et peut ensuite être retiré du vaisseau.

Une aspiration mécanique à débit contrôlé est une aspiration effectuée à l'aide d'un système contrôlé par ordinateur où la puissance d'aspiration est régulée pour permettre une aspiration continue ou intermittente en fonction de la résistance détectée.

L'ensemble du matériel comprend les différents dispositifs nécessaires à l'aspiration, mais pas la pompe éventuelle.

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 185253-185264, 185275-185286 et 185835-185846, le dispositif doit répondre aux critères suivants:

a) Soit avoir fait l'objet d'une étude randomisée publiée dans une revue « peer-reviewed », démontrant que le dispositif n'est pas moins efficace que les dispositifs qui se trouvent déjà sur la liste nominative.

b) Soit avoir fait l'objet d'une ou plusieurs études cliniques publiées dans une revue «peer reviewed» qui ensemble totalisent au moins cent patients, qui démontre(nt) que le dispositif permet d'obtenir chez les patients dans les 48 heures une amélioration cliniquement pertinente du rapport entre le ventricule droit et gauche (le ratio VD/VG).

Le groupe d'étude est constitué de patients présentant un risque haut ou intermédiaire-haut de décès prématuré et au moins un tiers présente un embole dans le tronc pulmonaire ou dans l'artère pulmonaire gauche ou droite.

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

Les prestations 185253-185264 et 185835-185846 ne sont pas cumulables avec la prestation 161534-161545.

La prestation 185275-185286 peut être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 185253-185264.

Les prestations 185253-185264 et 185835-185846 ne peuvent pas être cumulées 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. Traitement des données

Pas d'application.

8. Divers

Pas d'application.

H. Gynécologie

H.1 Sein

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161932 - 161943 Aiguille pour biopsie utilisée lors de la prestation 355213-355224 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*24,56 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*24,56 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161954 - 161965 Ensemble du matériel, à l'exception du clip, utilisé lors des prestations 355235-355246 et 355250-355261 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*326,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*326,87 €*

Conditions de remboursement : *H-§01*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

161976 - 161980 Clip utilisé en combinaison avec la prestation 161954-161965

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*81,86 €*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*122,79 €*	*Marge de sécurité (€)*	*40,93 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*81,86 €*

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/07/2014

161991 - 162002 Marqueur sous forme de fil, en métal ou synthétique, pour les tissus mous qui marque le tissu cible et le canal de ponction, et qui est retiré chirurgicalement avec le tissu cible

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*23,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*23,79 €*

Conditions de remboursement : *H-§06*

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/06/2022

182836 - 182840 Marqueur pour les tissus mous, qui n'est pas un fil et n'utilise pas de radio-isotopes, permettant un placement à long terme et qui est retiré chirurgicalement avec le tissu cible

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*150,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*150,00 €*

Conditions de remboursement : *H-§06*

H.2 Uterus

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162013 - 162024 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 431336 - 431340 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*554,65 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*138,66 €*
				Montant du remboursement	*415,99 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162035 - 162046 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 431351 - 431362 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*770,58 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*192,64 €*
				Montant du remboursement	*577,94 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162050 - 162061 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432655 - 432666 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*263,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*65,75 €*
				Montant du remboursement	*197,25 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162072 - 162083 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432670 - 432681 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*554,65 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*138,66 €*
				Montant du remboursement	*415,99 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162094 - 162105 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432736 - 432740 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*554,65 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*138,66 €*
				Montant du remboursement	*415,99 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162116 - 162120 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432611 - 432622 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*228,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*57,05 €*
				Montant du remboursement	*171,15 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162131 - 162142 Anse pour l’ablation endoscopique de tissu obstructif et de tumeurs du tractus urogénital, utilisée lors des prestations 432456-432460, 432390-432401 ou 432412-432423 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*40,94 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*22,51 €*
				Montant du remboursement	*18,43 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/09/2025 Date première publication : 1/09/2025 **NOUVEAU**

186491 - 186502 Dispositif invasif d'ablation, à usage unique, pour l'ablation de l'endomètre par radiofréquence bipolaire, y compris le système d'aspiration

Catégorie de remboursement : II.B.a

Base de remboursement	*807,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*969,21 €*	*Marge de sécurité (€)*	*161,53 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*807,68 €*

Conditions de remboursement : *H-§07*

H.3 Annexes de l'uterus

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162153 - 162164 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432574 - 432585 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*228,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*57,05 €*
				Montant du remboursement	*171,15 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162175 - 162186 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432596 - 432600 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*228,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*57,05 €*
				Montant du remboursement	*171,15 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162190 - 162201 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432633 - 432644 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*228,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*57,05 €*
				Montant du remboursement	*171,15 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162212 - 162223 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable, à l'exception des clips pour stérilisation, utilisé lors de la prestation 432692 - 432703 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*107,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*59,09 €*
				Montant du remboursement	*48,36 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162234 - 162245 Ensemble des clips pour stérilisation

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement	*69,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*38,17 €*
				Montant du remboursement	*31,23 €*

H.4 Filets pour la réparation d'un prolapsus

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/04/2015

172476 - 172480 Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie abdominale

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35101

Base de remboursement	*297,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*297,15 €*

Conditions de remboursement : *H-§02*

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/06/2017

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*

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/01/2020

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*

H.5 Divers

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162374 - 162385 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 431373 - 431384 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*586,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*146,59 €*
				Montant du remboursement	*439,79 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162396 - 162400 Treillis suburéthral placé par voie transvaginale pour le traitement de l’incontinence de stress lors de la prestation 432751-432762 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*356,95 €*	*Marge de sécurité (%)*	*15,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*410,49 €*	*Marge de sécurité (€)*	*53,54 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*356,95 €*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162411 - 162422 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432073 - 432084 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*233,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*58,33 €*
				Montant du remboursement	*174,99 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162433 - 162444 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432530 - 432541 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*69,58 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*17,39 €*
				Montant du remboursement	*52,19 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2014

162455 - 162466 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432552 - 432563 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*228,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*57,05 €*
				Montant du remboursement	*171,15 €*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/11/2023 Date première publication : 1/07/2017

182114 - 182125 Ensemble du matériel de consommation, avec ou sans cathéter, y compris les composants nécessaires pour la préparation de la mousse, utilisée lors de la prestation 432832-432843 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 36501

Base de remboursement	*59,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*59,87 €*

Conditions de remboursement : *H-§05*

Conditions de remboursement

H-§01

Prestations liées

161954	161965

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel, à l'exception du clip utilisé lors d'une biopsie assistée par aspiration de la glande mammaire il doit être satisfait à la condition suivante :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les dispositifs utilisés lors de la prestation 161954-161965 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'ils sont utilisés dans une des indications suivantes:
- microcalcifications groupées;
- densités asymétriques;
- distorsions architecturales;
- images stellaires d'origine incertaine;
- densités nodulaires d'un diamètre inférieur ou égal à 1 cm;
- lésions solides d'un diamètre inférieur ou égal à 1 cm;
- lésions prépectorales ou sous-cutanées supérieures à 1 cm;
- lésions démontrées par mammographie avec forte présomption d'adénome fibreux.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première utilisation
Les indications, l'évaluation clinique et les résultats de l'examen histologique doivent être mentionnés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
Pas d'application

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. Divers
Pas d'application

H-§02
Prestations liées

172476 172480

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 172476-172480 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à un des critères suivants :
- prolapsus de grade 3
- prolapsus de grade 2 avec symptômes fonctionnels après échec du traitement conservateur qui est documenté dans le dossier médical du bénéficiaire.

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 172476-172480 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 172476-172480 sont soit des filets composés uniquement de polypropylène de type 1 (macroporeux, monofilament) selon la classification de Amid, soit des filets en polyester de type 3 (multifilament, microporeux) selon la classification de Amid.

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

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application.

5.2. Autres règles
La prestation 172476-172480 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.

H-§03

Prestations liées

162013	162024
162035	162046
162050	162061
162072	162083
162094	162105
162116	162120
162131	162142
162153	162164
162175	162186
162190	162201
162212	162223
162374	162385
162411	162422
162433	162444
162455	162466

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

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

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

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

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 récidives 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 publiées 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.

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 182114-182125 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 182114-182125 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1 Définition

Les dispositifs pour l'évaluation de la perméabilité des trompes ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif résulte de la préparation d'une mousse et qui n'est pas destiné à l'injection intra-utérine d'une combinaison d'air et d'une solution saline.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Pas d'application

4.2. Remplacement

Pas d'application

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

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

H-§06	
Prestations liées	
161991	162002
182836	182840

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au marqueur utilisé dans le traitement du cancer du sein, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 161991-162002 et 182836-182840 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein accordé par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 161991-162002 et 182836-182840 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

- Le bénéficiaire a une tumeur du sein.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

3.1. Définition

Pas d'application.

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Pas d'application.

4.2. Remplacement

Pas d'application.

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

5.2. Autres règles

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 186491-186502 relative à l'ablation de l'endomètre par radiofréquence bipolaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 186491-186502 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 186491-186502 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

1) Le bénéficiaire souffre de pertes de sang utérines anormales liées à un dysfonctionnement de l'endomètre, classe AUB-E selon la classification PALM-COEIN ;

ET

2) Absence de tumeur de l'endomètre démontrée par un examen hystéroscopique avec biopsie ;

ET

3) Les saignements du bénéficiaire sont associés à un score PBAC > 150 ;

ET

4) Le bénéficiaire n'a pas de souhait de grossesse et il n'y a pas de grossesse en cours au moment de l'intervention;

ET

5) Le bénéficiaire est prémonopausé ;

ET

6) Un contrôle satisfaisant des pertes de sang anormales n'a pas pu être obtenu avec un traitement hormonal ou le bénéficiaire a une contre-indication au traitement hormonal.

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

La prestation 186491-186502 n'est pas cumulable avec la prestation162131-162142 et inversement.

5.2. Autres règles

La prestation 186491-186502 ne peut être attestée qu'une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Pas d'application.

8. Divers

Pas d'application.

I. Pneumologie et système respiratoire

I.1 Voies respiratoires

I.1.1 Tuteurs

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162470 - 162481 Tuteur bronchique ou pulmonaire en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*396,61 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*396,61 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162492 - 162503 Tuteur bronchique ou pulmonaire auto-expansible en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*503,69 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*503,69 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162514 - 162525 Tuteur bronchique ou pulmonaire auto-expansible en métal, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.090,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.090,66 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162536 - 162540 Tuteur trachéo-bronchique en Y en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*743,63 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*743,63 €*

I. Pneumologie et système respiratoire

I.1.2 Divers

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162551 - 162562 Brosse de cytologie et/ou pince à biopsie utilisée lors d'une des prestations 471715-471726 ou 471730-471741 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*20,46 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*11,25 €*
				Montant du remboursement	*9,21 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162573 - 162584 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 471855-471866 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*145,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*36,33 €*
				Montant du remboursement	*108,99 €*

Date dernière modification : 1/02/2020 Date première publication : 1/02/2020

180773 - 180784 Ensemble de matériel pour la quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaires isolés, utilisé lors d'une bronchoscopie diagnostique

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 38001

Base de remboursement	*900,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*900,00 €*

Conditions de remboursement : *I-§01*

I.1.3 Valve endobronchique

Date dernière modification : 1/05/2024 Date première publication : 1/02/2020

180795 - 180806 Valve endobronchique unidirectionnelle avec système de placement

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 38101

Base de remboursement	*2.385,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2.385,00 €*

Conditions de remboursement : *I-§02*

Conditions de remboursement

I-§01

Prestations liées

180773 **180784**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaire isolés, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 180773-180784 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :

L'établissement est repris sur la liste des établissements hospitaliers concernant le placement des valves endobronchiques unidirectionnelles (prestation 180795-180806)

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 180773-180784 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire souffre d'emphysème pulmonaire et répond, après avoir bénéficié d'une réhabilitation respiratoire et après un traitement médicamenteux optimal, conformément aux recommandations GOLD en vigueur, aux critères suivants :

- Le bénéficiaire souffre d'une BPCO sévère (GOLD III) ou très sévère (GOLD IV);

ET

- Le bénéficiaire a une tolérance à l'effort réduite (6-MWT <450m) ;

ET

- Le bénéficiaire est handicapé dans la vie quotidienne (mMRC ≥2) ;

ET

- Le bénéficiaire n'a pas fumé depuis au moins six mois avant l'implantation, attesté par un test de détection de nicotine négatif ;

ET

- Le poumon à traiter montre une hyperinflation avec un volume résiduel >175% pour l'emphysème hétérogène ou un volume résiduel >225% pour l'emphysème homogène ;

ET

- Le lobe à traiter a une intégrité de la fissure entre 80% et 95% sur base du TDM-HR

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition

Pas d'application

3.2. Critères

Le matériel de quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaires isolés 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 incluant au moins 80 patients que le dispositif peut prédire correctement, dans au moins 75% des cas, si des patients obtiendront une réduction du volume pulmonaire d'au moins 350 ml après l'implantation de valves endobronchiques.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'application

5. 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 valves endobronchiques unidirectionnelles, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 180795-180806 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 :

1.1 L'établissement hospitalier dispose d'une équipe multidisciplinaire qui est responsable pour la sélection, l'implantation et le suivi des patients, et qui est composée au moins d'un médecin traitant spécialiste en pneumologie, d'un médecin spécialiste en pneumologie avec expérience en bronchoscopie interventionnelle, d'un chirurgien thoracique, d'un radiologue et d'un médecin spécialiste en gériatrie si le bénéficiaire a 75 ans ou plus.

Le médecin traitant spécialiste en pneumologie et le médecin spécialiste en pneumologie avec expérience en bronchoscopie interventionnelle peuvent être le même médecin-spécialiste.

1.2 L'établissement hospitalier dispose d'un service de garde pneumologique permanent

1.3 L'établissement hospitalier a de l'expérience dans le traitement des patients adultes par bronchoscopie interventionnelle au moyen d'un bronchoscope rigide, démontrée par un minimum de 40 interventions chez des adultes (18 ans ou plus) calculée comme la somme des prestations suivantes de la nomenclature pour les années x-3 à x-2 :

- Bronchoscopie avec extraction de corps étrangers ou mise en place d'un élément prothétique (471796-471800 ou 471892-471903)

- Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions par la méthode au laser YAG (471730-471741 / 471870-471881 + 355036-355040).

1.4 L'établissement hospitalier qui répond aux critères susmentionnés, introduit le formulaire I-Form-II-01, auprès du Service de soins de santé. La Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux dressera tous les deux ans une liste avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier.

Chaque établissement hospitalier adhérent signale annuellement au Service les modifications aux données reprises dans le formulaire de candidature.

Les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés ci-dessus sont communiquées spontanément par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrier à : INAMI, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles ou par e-mail à implant@riziv-inami.fgov.be

1.5 L'établissement hospitalier transmet annuellement avant le 30 avril 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 un 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

La prestation 180795-180806 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire souffre d'emphysème pulmonaire et répond, après avoir bénéficié d'une réhabilitation respiratoire et après un traitement médicamenteux optimal, conformément aux recommandations GOLD en vigueur, aux critères suivants :

- Le bénéficiaire souffre d'une BPCO sévère (GOLD III) ou très sévère (GOLD IV);

ET

- Le bénéficiaire a une tolérance à l'effort réduite (6-MWT <450m) ;

ET

- Le bénéficiaire est handicapé dans la vie quotidienne (mMRC ≥2) ;

ET

- Le bénéficiaire n'a pas fumé depuis au moins six mois avant l'implantation, attesté par un test de détection de nicotine négatif ;

ET

- Le poumon à traiter montre une hyperinflation avec un volume résiduel >175% pour l'emphysème hétérogène ou un volume résiduel >225% pour l'emphysème homogène ;

ET

- Le lobe à traiter a une fissure complète, démontrée par une intégrité de la fissure d'au moins 95% sur TDM-HR OU le lobe à traiter a une fissure semi-complète (intégrité de la fissure entre 80% et 95% sur TDM-HR) où l'absence de ventilation collatérale a été démontrée quantitativement en utilisant le matériel comme stipulé sous la prestation 180773-180784.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 180795-180806 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 Une valve endobronchique unidirectionnelle 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 randomisée, avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum et un suivi de 6 mois minimum, une amélioration cliniquement et statistiquement significative de la fonction pulmonaire (VEMS) en comparaison avec le traitement médical standard, ET dans une étude clinique avec au moins 100 patients, il est démontré que le dispositif a un profil de sécurité acceptable ;

- soit avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum et un suivi de 6 mois minimum qu'il n'est pas moins efficace que les dispositifs qui se trouvent déjà sur la liste nominative, ET dans une étude clinique avec au moins 100 patients, il est démontré que le dispositif a un profil de sécurité acceptable.

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

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 Première implantation

Pour chaque bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 180795-180806, les données de l'année précédente visées dans le formulaire d'enregistrement I-Form-I-01 sont transmises annuellement avant le 30 avril au registre en ligne.

Les modalités d'enregistrement de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à Healthdata, au Belgian Respiratory Society et à la Commission, sont établies par la Commission, le Service et HealthData.

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, les données dans le formulaire d'enregistrement I-Form-I-02 doivent être transmises selon la procédure visées sous le point 4.1

4.3 Remplacement anticipé

Pas d'application

4.4 Suivi de traitement après implantation

Le bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 180795-180806 doit être suivi au moins 3, 6, 12, 24 et 36 mois après la primo-implantation.

Pour le suivi du traitement du bénéficiaire, les données dans le formulaire d'enregistrement I-Form-I-03 doivent être transmises selon la procédure visées sous le point 4.1.

4.5 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Tous les trois ans, le Belgian Respiratory Society fera une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

7. Divers

Pas d'application

J. Chirurgie plastique et reconstructive

J.1 Implants ou expanseurs tissulaires

J.1.1 Reconstruction de la glande mammaire

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

162595 - 162606 Implant mammaire ou expanseur 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

162610 - 162621 Implant mammaire rond ou expanseur 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

162632 - 162643 Implant mammaire anatomique ou expanseur 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

162654 - 162665 Implant mammaire rond ou expanseur 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

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

162691 - 162702 Expanseur 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

162713 - 162724 Expanseur 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

162735 - 162746 Expanseur 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 procedure

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.

J-§02
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.

K. Chirurgie en général

K.1 Colles tissulaires

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162750 - 162761 Remboursement de base pour colle chirurgicale pour usage interne (par intervention)

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement	*46,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*25,63 €*
				Montant du remboursement	*20,97 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162772 - 162783 Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement lors d'une intervention cranio-spinale intradurale (par intervention)

Catégorie de remboursement : I.E.d **Liste Nom.** 32901

Base de remboursement	*316,29 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*173,95 €*
				Montant du remboursement	*142,34 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162794 - 162805 Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement lors d’une chirurgie du coeur ou des gros vaisseaux sanguins intrathoraciques (par intervention)

Catégorie de remboursement : I.E.d **Liste Nom.** 32902

Base de remboursement	*513,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*282,48 €*
				Montant du remboursement	*231,12 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162816 - 162820 Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par intervention)

Catégorie de remboursement : I.E.d **Liste Nom.** 32903

Base de remboursement	*513,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*282,48 €*
				Montant du remboursement	*231,12 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K. Chirurgie en général

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/08/2017

182195 - 182206 Colle chirurgicale pour usage interne spécifiquement destinée à être utilisée en contact avec du tissu pulmonaire (par intervention)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	32904
Base de remboursement	*513,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*282,48 €*
				Montant du remboursement	*231,12 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K.2 Produits hémostatiques

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162831 - 162842 Agent hémostatique utilisé spécifiquement lors d'une chirurgie du coeur ou des gros vaisseaux sanguins intrathoraciques (par pièce)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33001
Base de remboursement	*252,84 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*139,06 €*
				Montant du remboursement	*113,78 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162853 - 162864 Agent hémostatique utilisé spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par pièce)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33002
Base de remboursement	*252,84 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*139,06 €*
				Montant du remboursement	*113,78 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K.3 Anti-adhésifs

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162875 - 162886 Anti-adhésif à base de polymères synthétiques ou d'un mixte de polymères naturels (non-bovins) et synthétiques utilisé spécifiquement lors d'une intervention craniospinale (par pièce)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33101
Base de remboursement	*276,63 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*152,14 €*
				Montant du remboursement	*124,49 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K. Chirurgie en général

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162890 - 162901 Anti-adhésif à base de polymères naturels (non-bovins) utilisé spécifiquement lors d'une intervention cranio-spinale (par cm²)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33102
Base de remboursement	*5,95 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*3,27 €*
				Montant du remboursement	*2,68 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162912 - 162923 Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie de la main (par pièce)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33103
Base de remboursement	*220,12 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*121,06 €*
				Montant du remboursement	*99,06 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162934 - 162945 Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie gynécologique (par intervention)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33104
Base de remboursement	*162,61 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*89,43 €*
				Montant du remboursement	*73,18 €*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K.4 Matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

162956 - 162960 Ensemble du matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving utilisé à l'occasion d'une intervention neurochirurgicale, thoracique, vasculaire, orthopédique ou abdominale majeure avec perte de sang importante

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
Base de remboursement	*179,08 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*179,08 €*

Conditions de remboursement : *K-§02*

Conditions de remboursement

K-§01

Prestations liées

162750	162761
162772	162783
162794	162805
162816	162820
162831	162842
162853	162864
162875	162886
162890	162901
162912	162923
162934	162945
182195	182206

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux colles tissulaires, aux produits hémostatiques et aux anti-adhésifs, 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 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820, 182195-182206, 162831-162842, 162853-162864, 162875-162886, 162890-162901, 162912-162923 et 162934-162945 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
Les prestations 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820, 182195-182206, 162831-162842, 162853-162864, 162875-162886, 162890-162901, 162912-162923 et 162934-162945 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si les résultats d'au moins une étude clinique (rétrospective ou prospective) relative à l'efficacité et la sécurité du produit et ses champs d'application (pas de case report) sont publiés dans un journal peer reviewed. Dans ces études, les éléments suivants sont au minimum décrits :
- les indications;
- les critères d'inclusion et d'exclusion;
- un follow-up pertinent;
- les résultats.

Les données sont traitées selon les méthodes statistiques validées couramment utilisées. Les résultats des études sont significatifs et cliniquement pertinents.
En complément à l'évidence publiée, la Commission peut se faire conseiller par des experts en la matière.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pour la prestation 182195-182206, le résultat du test sous eau pour la classification de la fuite d'air doit être mentionné dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 162750-162761, 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820 et 182195-182206 ne sont pas cumulables entre elles.
Les prestations 162750-162761, 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820 et 182195-182206 ne sont pas cumulables avec les spécialités pharmaceutiques à base de colle liquide de fibrine.
Les prestations 162875-162886 et 162890-162901 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles
a) La prestation 162816-162820 ne peut être attestée que lorsque la colle a été utilisée lors d' une des prestations de la nomenclature suivantes: 242292-242303, 242314-242325, 242336-242340, 242351-242362, 242395-242406, 242410-242421, 242491-242502, 242631-242642, 242653-242664, 242756-242760, 242771-242782, 243655-243666, 244856-244860, 318076-318080, 318334-318345, 261671-261682, 261715-261726, 261693-261704, 242034-242045, 242056-242060, 242071-242082, 242093-242104, 318275-318286, 318290-318301, 318010 - 318021, 318054 - 318065, 318312 - 318323, 318393 – 318404.
b) La prestation 162794-162805 ne peut être attestée que lorsque la colle a été utilisée durant une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229036-229040, 229073-229084, 229552-229563, 229574-229585, 318054-318065, 229596-229600, 229611-229622, 229515-229526, 229530-229541, 229633-229644.
c) La prestation 162853-162864 ne peut être attestée que lorsque le produit hémostatique a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 242292-242303, 242314-242325, 242336-242340, 242351-242362, 242395-242406, 242410-242421, 242491-242502, 242631-242642, 242653-242664, 242756-242760, 242771-242782, 243655-243666, 244856-244860, 318076-318080, 318334-318345, 261671-261682, 261715-261726, 261693-261704, 242034-242045, 242056-242060, 242071-242082, 242093-242104, 318275-318286, 318290-318301, 318010 - 318021, 318054 - 318065, 318312 - 318323, 318393 – 318404.
d) La prestation 162831-162842 ne peut être attestée que lorsque le produit hémostatique a été utilisé durant une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229036-229040, 229073-229084, 229552-229563, 229574-229585, 318054-318065, 229596-229600, 229611-229622, 229515-229526, 229530-229541, 229633-229644.
e) Les prestations 162875-162886 et 162890-162901 ne peuvent être attestées que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes :

224070-224081, 224092-224103, 224114-224125, 224733-224744, 224755-224766, 224770-224781, 224851-224862, 224895-224906, 224976-224980, 224991-225002, 225072-225083, 225094-225105, 225116-225120, 225131-225142, 225153-225164, 225175-225186, 225190-225201, 225212-225223, 225234-225245, 225374-225385, 225396-225400, 225411-225422, 225654-225665, 225676-225680.

f) La prestation 162912-162923 ne peut être attestée que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 287733-287744, 287755-287766, 276452-276463, 276474-276485, 276496-276500, 276511-276522.

g) La prestation 162934-162945 ne peut être attestée que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes et exclusivement pour des femmes de moins de quarante ans avec un désir de grossesse : 431115-431126, 431395-431406, 431432-431443, 431550-431561, 431594-431605, 431653-431664, 432316-432320, 432530-432541, 432574-432585, 432596-432600, 432611-432622, 432552-432563, 431211-431222, 431572-431583, 431616-431620, 243751-243762.
h) La prestation 182195-182206 ne peut être attestée que si la colle est utilisée à l'occasion d'une des prestations suivantes de la nomenclature et uniquement chez des adultes avec une fuite d'air sévère intra-opératoire (grade 2 ou 3 selon la classification de Macchiarini) qui ne pouvait être scellée par une autre technique standard: 227194 - 227205; 227216 - 227220; 227253 - 227264; 227371 - 227382; 227393 - 227404; 227474 - 227485; 227533 - 227544; 227334 - 227345; 227452 - 227463; 227570 - 227581; 227290 - 227301; 227275 - 227286; 227312 - 227323; 318054 - 318065.

5.3. Dérogation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

K-§02
Prestations liées

162956 162960

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'ensemble du matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving, 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 162956-162960 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1 Définition
Le terme "cell-saving" de la prestation 162956-162960 représente la procédure par laquelle le sang perdu est, lors de l'aspiration, immédiatement mélangé à un anticoagulant et est ensuite filtré dans un réservoir. De ce réservoir, le sang est amené par une pompe dans une centrifugeuse où les cellules sont séparées du plasma. Le plasma résiduel entre les cellules est alors éliminé par rinçage et la masse cellulaire peut ensuite être rendue au bénéficiaire en utilisant ou non un filtre.

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

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 162956-162960 peut seulement être attestée une 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

L. Orthopédie et traumatologie

L.1 Colonne vertébrale

L.1.1 Cyphoplastie et Vertébroplastie

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162971 - 162982 Matériel de consommation pour cyphoplastie avec ballon, utilisé à l'occasion de la prestation 589676-589680 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

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

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/07/2014

162993 - 163004 Ciment pour cyphoplastie avec ballon utilisé à l'occasion de la prestation 589676-589680 de la nomenclature, par niveau, maximum deux niveaux

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*82,08 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*82,08 €*

Date dernière modification : 1/09/2022 Date première publication : 1/04/2015

171975 - 171986 Ciment pour vertébroplastie utilisé à l'occasion de la prestation 589890-589901 de la nomenclature, par niveau, maximum deux niveaux

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*82,08 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*82,08 €*

L.1.2 Disque intervertébral

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/07/2014

163015 - 163026 Prothèse pour le remplacement d'un disque intervertébral lombaire total, pour l'ensemble des éléments

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33201

Base de remboursement	*1.800,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.980,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*180,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.800,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§02*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/07/2014

163030 - 163041 Insert ou noyau, en polyéthylène, d'une prothèse totale de disque lombaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33202
Base de remboursement	*260,26 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*286,28 €*	*Marge de sécurité (€)*	*26,02 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*260,26 €*

Conditions de remboursement : *L-§02*

Date dernière modification : 1/10/2022 Date première publication : 1/07/2014

163052 - 163063 Insert ou noyau, en polyéthylène highly cross-linked, d'une prothèse totale de disque lombaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33203
Base de remboursement	*260,26 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*286,28 €*	*Marge de sécurité (€)*	*26,02 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*260,26 €*

Conditions de remboursement : *L-§02*

Date dernière modification : 1/07/2023 Date première publication : 1/07/2023

184236 - 184240 Prothèse pour le remplacement d'un disque intervertébral cervical total, pour l'ensemble des composants, y compris le système de placement à usage unique éventuel

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	39001
Base de remboursement	*1.546,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.700,60 €*	*Marge de sécurité (€)*	*154,60 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.546,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§37*

Date dernière modification : 1/07/2023 Date première publication : 1/07/2023

184251 - 184262 Insert ou noyau, en polyéthylène, d'une prothèse totale de disque intervertébral cervical

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	39002
Base de remboursement	*260,26 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*286,28 €*	*Marge de sécurité (€)*	*26,02 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*260,26 €*

Conditions de remboursement : *L-§37*

L. Orthopédie et traumatologie

L.1.3 Cage

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

171990 - 172001 Ensemble des implants d'arthrodèse non mobile (cages) pour placement dans l'espace intervertébral cervical, par niveau

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*387,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*387,40 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172012 - 172023 Ensemble des implants d'arthrodèse non mobile (cages) pour placement dans l'espace intervertébral thoraco-lombaire, par niveau

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*837,85 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*837,85 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172034 - 172045 Ensemble des cages ou cales de corporectomie, y compris les éléments de fixation, end-cap ou end-ring

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.200,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.200,00 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172056 - 172060 Ensemble des vis ou ancres osseuses pour fixer une cage à la colonne vertébrale, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*240,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*240,00 €*

L. Orthopédie et traumatologie

L.1.4 Tige

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172071 - 172082 Tige longitudinale pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*120,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*120,00 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172093 - 172104 Deux tiges y compris tous les éléments supplémentaires pour fixation à l'occiput, y compris les vis occipitales

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*600,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*600,00 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172115 - 172126 Vis d'ancrage pour fixation de la tige, y compris le connecteur, les accessoires (staple, washer, ...) et toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*290,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*290,00 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172130 - 172141 Crochet ou clamp réductible d'ancrage pour fixation de la tige, y compris le connecteur, la bande de fixation, les accessoires (staple, washer, ...) et toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*290,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*290,00 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172152 - 172163 Point d'ancrage (ilio-)sacral avec 2 vis d'ancrage ou plus sur l'ilium et/ou le sacrum, fixées ensemble à la tige, y compris toutes les pièces de connexion, de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*720,73 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*720,73 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172174 - 172185 Pince d'ancrage (crochet et contre-crochet) pour fixation à la tige, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache, connecteur inclus

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*450,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*450,00 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172196 - 172200 Connexion tranversale entre tiges, pour l'ensemble des composants, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*240,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*240,00 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172211 - 172222 Connexion longitudinale pour tiges, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*110,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*110,00 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172233 - 172244 Total des éléments d'un implant, fixé par 2 crochets/vis sur la même vertèbre, dans le but de corriger une spondylolyse

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 33403

Base de remboursement	*800,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*800,00 €*

Date dernière modification : 1/01/2025 Date première publication : 1/08/2017

182210 - 182221 Tige magnétique allongeable pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36601

Base de remboursement	*12.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*12.000,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*12.000,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/01/2025 Date première publication : 1/08/2017

182232 - 182243 Tige magnétique allongeable de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36601

Base de remboursement	*12.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*12.000,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*12.000,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/01/2025 Date première publication : 1/08/2017

182254 - 182265 Tige magnétique allongeable de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36601

Base de remboursement	*12.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*12.000,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*12.000,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/01/2025 Date première publication : 1/08/2017

182276 - 182280 Tige magnétique allongeable supplémentaire pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36602

Base de remboursement	*6.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*6.000,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*6.000,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§30*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2025 Date première publication : 1/08/2017

182291 - 182302 Tige magnétique allongeable supplémentaire de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36602
Base de remboursement	*6.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*6.000,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*6.000,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/01/2025 Date première publication : 1/08/2017

182313 - 182324 Tige magnétique allongeable supplémentaire de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36602
Base de remboursement	*6.000,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*6.000,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*6.000,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/12/2024 Date première publication : 1/12/2024

185371 - 185382 Système de croissance implantable auto-expansible pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou ancrages pelviens

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	39601
Base de remboursement	*8.900,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*8.900,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.900,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§39*

Date dernière modification : 1/12/2024 Date première publication : 1/12/2024

185393 - 185404 Système de croissance implantable auto-expansible de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou ancrages pelviens

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	39601
Base de remboursement	*8.900,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*8.900,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.900,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§39*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/12/2024 Date première publication : 1/12/2024

185415 - 185426 Système de croissance implantable auto-expansible de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou ancrages pelviens, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 39601

Base de remboursement	*8.900,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*8.900,00 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.900,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§39*

L.1.5 Plaque

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172255 - 172266 Plaque pour fixation à la colonne vertébrale au niveau cervical ou thoraco-lombaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*250,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*250,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§05*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172270 - 172281 Vis d'ancrage à la colonne vertébrale d'une plaque cervicale ou thoraco-lombaire, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*60,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*60,00 €*

L.1.7 Accessoires pour implants de la colonne vertébrale

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

164054 - 164065 Câble pour fixation sublaminaire d’une greffe, de deux vertèbres ou d’une tige, quel que soit le nombre des niveaux, pour l’ensemble du cerclage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*240,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*240,20 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164076 - 164080 Ciment, pour fixation complémentaire par injection dans des vis perforées dans la colonne vertébrale pour la totalité, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*100,10 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*100,10 €*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172292 - 172303 Vis isolée pour fixation d'odontoïde

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*150,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*150,00 €*

L.1.8 Révision partielle

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/08/2016

181016 - 181020 Ensemble des accessoires, connecteurs, éléments d'attache ou de fixation d'un implant d'ancrage ou d'une cage, utilisés lors d'une révision partielle d'implants de la colonne vertébrale

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*120,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*120,00 €*

L.2 Articulations

L.2.1 Membre supérieur

L.2.1.1 Epaule

L.2.1.1.1 Tiges

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164091 - 164102 Prothèse humérale monobloc

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33601

Base de remboursement	*847,74 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.017,28 €*	*Marge de sécurité (€)*	*169,54 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*847,74 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164113 - 164124 Tige pour prothèse humérale modulaire (sur laquelle une tête peut être fixée), pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33602
Base de remboursement	*738,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*960,28 €*	*Marge de sécurité (€)*	*221,60 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*738,68 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164135 - 164146 Tige pour prothèse humérale modulaire (sur laquelle une tête peut être fixée), pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33603
Base de remboursement	*738,68 €*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*960,28 €*	*Marge de sécurité (€)*	*221,60 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*738,68 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164150 - 164161 Tige humérale de première intention pour prothèse d'épaule inversée (parties diaphysaire et épiphysaire), pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33604
Base de remboursement	*842,78 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.011,33 €*	*Marge de sécurité (€)*	*168,55 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*842,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164172 - 164183 Tige humérale de première intention pour prothèse d'épaule inversée (parties diaphysaire et épiphysaire), pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33605
Base de remboursement	*1.090,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.363,32 €*	*Marge de sécurité (€)*	*272,66 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.090,66 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164194 - 164205 Partie diaphysaire d'une tige humérale permettant le choix en per-opératoire entre une construction anatomique ou inversée, pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33606
Base de remboursement	*813,03 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*975,63 €*	*Marge de sécurité (€)*	*162,60 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*813,03 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164216 - 164220 Partie diaphysaire d'une tige humérale permettant le choix en per-opératoire entre une construction anatomique ou inversée, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33607
Base de remboursement	*966,72 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.160,06 €*	*Marge de sécurité (€)*	*193,34 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*966,72 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164231 - 164242 Partie épiphysaire d'une tige humérale : pièce en métal (exception faite des rehausseurs) permettant de passer d'une prothèse anatomique à une prothèse inversée ou inversément, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33608
Base de remboursement	*358,93 €*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*448,66 €*	*Marge de sécurité (€)*	*89,73 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*358,93 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164253 - 164264 Tige humérale modulaire longue, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33609
Base de remboursement	*961,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.202,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	*240,44 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*961,76 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164275 - 164286 Tige humérale modulaire longue verrouillable, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage et les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33610
Base de remboursement	*1.015,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.269,12 €*	*Marge de sécurité (€)*	*253,82 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.015,30 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164290 - 164301 Tige humérale modulaire longue, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33611
Base de remboursement	*961,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.202,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	*240,44 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*961,76 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164312 - 164323 Tige humérale modulaire longue verrouillable, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage et les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33612
Base de remboursement	*1.015,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.269,12 €*	*Marge de sécurité (€)*	*253,82 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.015,30 €*

Conditions de remboursement : *L-§06*

L.2.1.1.2 Tête

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164334 - 164345 Prothèse céphalique pour remplacement de la seule tête humérale, dont le diamètre est supérieur ou égal à 35 mm

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33613
Base de remboursement	*630,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*756,72 €*	*Marge de sécurité (€)*	*126,12 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*630,60 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164356 - 164360 Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire, pour l'ensemble des composants dont le diamètre est inférieur à 35 mm

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33614
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-§07*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164371 - 164382 Tête humérale standard ou petite tête interne d'une tête bipolaire, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33615
Base de remboursement	*378,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*454,51 €*	*Marge de sécurité (€)*	*75,75 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*378,76 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164393 - 164404 Tête humérale bipolaire, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33616
Base de remboursement	*630,60 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*756,72 €*	*Marge de sécurité (€)*	*126,12 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*630,60 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164415 - 164426 Tête humérale en céramique, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33617
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 €*

L.2.1.1.3 Glène

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164430 - 164441 Glène pour prothèse de l'épaule - Standard en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33618
Base de remboursement	*327,19 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*392,62 €*	*Marge de sécurité (€)*	*65,43 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*327,19 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164452 - 164463 Glène pour prothèse de l'épaule - Standard en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33619
Base de remboursement	*327,19 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*392,62 €*	*Marge de sécurité (€)*	*65,43 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*327,19 €*

Conditions de remboursement : *L-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164474 - 164485 Glène non-modulaire d'une pièce pour prothèse de l'épaule, avec partie externe en métal et partie intérieure recouverte de polyéthylène (metal backed)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33620
Base de remboursement	*433,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*519,93 €*	*Marge de sécurité (€)*	*86,65 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*433,28 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164496 - 164500 Glène non-modulaire d'une pièce pour prothèse de l'épaule, avec partie externe en métal et partie intérieure recouverte de polyéthylène highly cross linked (metal backed)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33621
Base de remboursement	*433,28 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*519,93 €*	*Marge de sécurité (€)*	*86,65 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*433,28 €*

Conditions de remboursement : *L-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164511 - 164522 Partie externe d'une glène modulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33622
Base de remboursement	*347,03 €*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*433,78 €*	*Marge de sécurité (€)*	*86,75 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*347,03 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164533 - 164544 Partie interne d'une glène modulaire pour prothèse anatomique de l'épaule

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33623
Base de remboursement	*198,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*237,96 €*	*Marge de sécurité (€)*	*39,66 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*198,30 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164555 - 164566 Partie interne d'une glène modulaire pour prothèse anatomique de l'épaule en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33624
Base de remboursement	*198,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*237,96 €*	*Marge de sécurité (€)*	*39,66 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*198,30 €*

Conditions de remboursement : *L-§08*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164570 - 164581 Partie interne d'une glène modulaire - implant sphérique pour prothèse d'épaule inversée

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33625
Base de remboursement	*361,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	*35,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*488,56 €*	*Marge de sécurité (€)*	*126,66 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*361,90 €*

L.2.1.1.4 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164592 - 164603 Cupule humérale pour prothèse d'épaule inversée

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33626
Base de remboursement	*198,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*237,96 €*	*Marge de sécurité (€)*	*39,66 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*198,30 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164614 - 164625 Rehausseur pour prothèse d'épaule

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33627
Base de remboursement	*178,47 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*214,16 €*	*Marge de sécurité (€)*	*35,69 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*178,47 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164636 - 164640 Spacer en ciment imprégné d'antibiotique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33628
Base de remboursement	*708,93 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*779,82 €*	*Marge de sécurité (€)*	*70,89 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*708,93 €*

L.2.1.1.5 Accessoires pour prothèses d'épaule

Date dernière modification : 1/11/2019 Date première publication : 1/07/2014

164651 - 164662 Vis utilisée lors du placement de la partie glénoïdienne d'une prothèse d'épaule - maximum quatre pièces, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*33,71 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*37,08 €*	*Marge de sécurité (€)*	*3,37 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*33,71 €*

L.2.1.2 Coude

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164673 - 164684 Composant huméral d'une prothèse totale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33701
Base de remboursement	*1.140,23 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.368,27 €*	*Marge de sécurité (€)*	*228,04 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.140,23 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164695 - 164706 Composant ulnaire d'une prothèse totale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33702
Base de remboursement	*713,88 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*856,65 €*	*Marge de sécurité (€)*	*142,77 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*713,88 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164710 - 164721 Composant pour condyle huméral d'une prothèse unicompartimentale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33703
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164732 - 164743 Prothèse de la tête radiale, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33704
Base de remboursement	*1.239,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.487,25 €*	*Marge de sécurité (€)*	*247,87 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.239,38 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164754 - 164765 Prothèse de la tête radiale en silicone, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33705
Base de remboursement	*218,13 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*261,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	*43,62 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*218,13 €*

L.2.1.3 Poignet

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164776 - 164780 Composant radial d'une prothèse totale radio-carpienne de poignet

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33706
Base de remboursement	*1.239,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.487,25 €*	*Marge de sécurité (€)*	*247,87 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.239,38 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164791 - 164802 Composant carpal d'une prothèse totale radio-carpienne de poignet

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33707
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164813 - 164824 Prothèse de resurfacage du poignet à impacter dans le grand os du carpe

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33708
Base de remboursement	*1.274,08 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.528,89 €*	*Marge de sécurité (€)*	*254,81 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.274,08 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164835 - 164846 Prothèse de la tête ulnaire, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33709
Base de remboursement	*1.288,96 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.546,75 €*	*Marge de sécurité (€)*	*257,79 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.288,96 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164850 - 164861 Prothèse totale radio-carpienne de poignet en silicone

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33710
Base de remboursement	*545,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*654,39 €*	*Marge de sécurité (€)*	*109,06 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*545,33 €*

L.2.1.4 Main

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164872 - 164883 Prothèse de l'os semi-lunaire ou du scaphoïde du carpe

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33711
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164894 - 164905 Prothèse d'interposition entre les os du carpe

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33712
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 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164916 - 164920 Prothèse carpo-métacarpienne et/ou trapézo-métacarpienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33713
Base de remboursement	*594,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*713,88 €*	*Marge de sécurité (€)*	*118,98 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*594,90 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164931 - 164942 Prothèse métacarpo-phalangienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33714
Base de remboursement	*803,12 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*963,74 €*	*Marge de sécurité (€)*	*160,62 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*803,12 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164953 - 164964 Prothèse métacarpo-phalangienne en silicone, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33715
Base de remboursement	*257,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*309,34 €*	*Marge de sécurité (€)*	*51,55 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*257,79 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164975 - 164986 Prothèse interphalangienne (doigt), pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33716
Base de remboursement	*991,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.189,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	*198,30 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*991,51 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

164990 - 165001 Prothèse interphalangienne (doigt) en silicone, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33717
Base de remboursement	*257,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*309,34 €*	*Marge de sécurité (€)*	*51,55 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*257,79 €*

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.1.5 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

165012 - 165023 Implants pour tendons de doigt

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33718	
Base de remboursement	*356,95 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*428,34 €*	*Marge de sécurité (€)*	*71,39 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*356,95 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

165034 - 165045 Prothèse totale radio-ulnaire avec appui radial, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33719	
Base de remboursement	*5.651,58 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*6.781,89 €*	*Marge de sécurité (€)*	*1.130,31 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5.651,58 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

165056 - 165060 Implant pour la cavité sigmoïde du radius

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33720	
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.2.1.6 Accessoires

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

165071 - 165082 Vis osseuse pour prothèse radio-carpienne de poignet, maximum deux pièces, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*33,71 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*37,08 €*	*Marge de sécurité (€)*	*3,37 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*33,71 €*

L. Orthopédie et traumatologie

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

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

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

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

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 : 1/03/2023 Date première publication : 1/11/2016

172550 - 172561 Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabulaire - métal en contact avec une surface en métal, avec un diamètre supérieur ou égal à 36mm

Catégorie de remboursement : I.D.a

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

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

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

183131 - 183142 Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adapteur 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

183153 - 183164 Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adapteur 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*

L. Orthopédie et traumatologie

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

183175 - 183186 Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adapteur 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*

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

183190 - 183201 Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adapteur 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

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

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*

L. Orthopédie et traumatologie

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

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*

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

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

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

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

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

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

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

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

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

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

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

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

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

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

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

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

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

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

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

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

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

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

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

Base de remboursement	*958,04 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*958,04 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

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

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

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. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.1.6 Accessoires pour prothèses de hanche

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

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*

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

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

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

183551 - 183562 Implant de reconstruction modulaire pour remplissage des défects 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

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.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

165874 - 165885 Composant fémoral unicondylaire, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34001

Base de remboursement	*961,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.154,11 €*	*Marge de sécurité (€)*	*192,35 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*961,76 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

165896 - 165900 Composant fémoral unicondylaire pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34002

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.2.2.2.1.2 Bicondylaire

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

165911 - 165922 Composant fémoral bicondylaire, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34003

Base de remboursement	*1.269,13 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.522,95 €*	*Marge de sécurité (€)*	*253,82 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.269,13 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

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

165933 - 165944 Composant fémoral bicondylaire pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34004
Base de remboursement	*1.269,13 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.522,95 €*	*Marge de sécurité (€)*	*253,82 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.269,13 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

165955 - 165966 Composant fémoral bicondylaire, 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

165970 - 165981 Composant fémoral bicondylaire, 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

171113 - 171124 Composant fémoral bicondylaire 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

166036 - 166040 Composant fémoral bicondylaire 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

166250 - 166261 Insert unicondylaire en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34020
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

166272 - 166283 Insert unicondylaire en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34021
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-§08,L-§09*

L.2.2.2.2.2 Bicondylaire

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

166294 - 166305 Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34022
Base de remboursement	*322,24 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*386,68 €*	*Marge de sécurité (€)*	*64,44 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*322,24 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

166316 - 166320 Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34023
Base de remboursement	*322,24 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*386,68 €*	*Marge de sécurité (€)*	*64,44 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*322,24 €*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

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

166331 - 166342 Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34024
Base de remboursement	*889,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.067,25 €*	*Marge de sécurité (€)*	*177,87 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*889,38 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

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

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

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

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

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

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

171135 - 171146 Insert bicondylaire en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34071
Base de remboursement	*401,23 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*481,47 €*	*Marge de sécurité (€)*	*80,24 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*401,23 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

166471 - 166482 Insert bicondylaire en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34031
Base de remboursement	*446,18 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*535,41 €*	*Marge de sécurité (€)*	*89,23 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*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

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
Base de remboursement	*892,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.070,82 €*	*Marge de sécurité (€)*	*178,47 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*892,35 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

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
Base de remboursement	*991,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.189,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	*198,30 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*991,51 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/05/2015

171150 - 171161 Insert en polyéthylène bicondylaire 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

166596 - 166600 Insert bicondylaire 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

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

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

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

166714 - 166725 Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse à charnière modulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34043
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.2.2.2.2.5 Bicompartimental

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

166736 - 166740 Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34044
Base de remboursement	*322,24 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*386,68 €*	*Marge de sécurité (€)*	*64,44 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*322,24 €*

Conditions de remboursement : *L-§09*

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

166751 - 166762 Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34045
Base de remboursement	*322,24 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*386,68 €*	*Marge de sécurité (€)*	*64,44 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*322,24 €*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

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

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
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*

L. Orthopédie et traumatologie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.2.2.2.7 Accessoires pour prothèses de genou

Date dernière modification : 1/03/2023 Date première publication : 1/07/2014

167252 - 167263 Coin ou cale fémorale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
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 €*

Date dernière modification : 1/03/2023 Date première publication : 1/07/2014

167274 - 167285 Coin ou cale fémorale, y compris les vis d'assemblage, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
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 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023 Date première publication : 1/07/2014

167296 - 167300 Coin ou cale tibiale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

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 €*

Date dernière modification : 1/03/2023 Date première publication : 1/07/2014

167311 - 167322 Coin ou cale tibiale, y compris les vis d'assemblage, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

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 €*

Date dernière modification : 1/03/2023 Date première publication : 1/07/2014

167333 - 167344 Manchon tibial ou fémoral pour placement avec ciment, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*525,50 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*630,60 €*	*Marge de sécurité (€)*	*105,10 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*525,50 €*

Date dernière modification : 1/03/2023 Date première publication : 1/07/2014

167355 - 167366 Manchon tibial ou fémoral, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*951,84 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.142,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	*190,36 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*951,84 €*

Date dernière modification : 1/03/2023 Date première publication : 1/07/2014

167370 - 167381 Vis osseuse, maximum quatre pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*39,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*43,62 €*	*Marge de sécurité (€)*	*3,96 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*39,66 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023 Date première publication : 1/07/2014

167392 - 167403 Plug osseux, maximum deux pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*148,72 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*178,46 €*	*Marge de sécurité (€)*	*29,74 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*148,72 €*

L.2.2.3 Cheville

Date dernière modification : 1/07/2022 Date première publication : 1/07/2022

182652 - 182663 Prothèse de cheville pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	*2.528,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*5,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*126,41 €*
				Montant du remboursement	*2.401,92 €*

Conditions de remboursement : *L-§16*

Date dernière modification : 1/07/2022 Date première publication : 1/07/2022

182674 - 182685 Composant talaire d'une prothèse de cheville, placé lors d'une révision partielle d'une prothèse totale de cheville, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.189,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.189,81 €*

Conditions de remboursement : *L-§16*

Date dernière modification : 1/07/2022 Date première publication : 1/07/2022

182696 - 182700 Composant tibial d'une prothèse de cheville, placé lors d'une révision partielle d'une prothèse totale de cheville, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*1.011,33 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.011,33 €*

Conditions de remboursement : *L-§16*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2022 Date première publication : 1/07/2022

182711 - 182722 Insert d'une prothèse de cheville, placé lors d'une révision partielle d'une prothèse totale de cheville

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*327,19 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*327,19 €*

Conditions de remboursement : *L-§16*

L.2.2.4 Pied

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167554 - 167565 Hémiprothèse métatarso-phalangienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33721

Base de remboursement	*634,56 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*761,47 €*	*Marge de sécurité (€)*	*126,91 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*634,56 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167576 - 167580 Prothèse d'interposition métatarso-phalangienne

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33722

Base de remboursement	*480,88 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*577,05 €*	*Marge de sécurité (€)*	*96,17 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*480,88 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167591 - 167602 Prothèse totale métatarso-phalangienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33723

Base de remboursement	*1.417,85 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.701,42 €*	*Marge de sécurité (€)*	*283,57 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.417,85 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167613 - 167624 Prothèse interphalangienne (orteil), pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33724

Base de remboursement	*371,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*446,17 €*	*Marge de sécurité (€)*	*74,36 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*371,81 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167635 - 167646 Prothèse interphalangienne (orteil) en silicone, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33725
Base de remboursement	*277,62 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*333,14 €*	*Marge de sécurité (€)*	*55,52 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*277,62 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167650 - 167661 Implant sub-talaire pour correction du pied plat

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33726
Base de remboursement	*421,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*505,66 €*	*Marge de sécurité (€)*	*84,27 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*421,39 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167672 - 167683 Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire au niveau de l'astragale, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33727
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 €*

Date dernière modification : 1/07/2021 Date première publication : 1/07/2021

181716 - 181720 Implant de cartilage synthétique constitué d’un polymère hydraté qui est placé dans l’os pour le traitement d’hallux rigidus avec un grade Coughlin et Shurnas d’au moins 2

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33728
Base de remboursement	*634,56 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*761,47 €*	*Marge de sécurité (€)*	*126,91 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*634,56 €*

L.2.3 Prothèse de remplacement du cortex osseux

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

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*

L. Orthopédie et traumatologie

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

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*

Date dernière modification : 1/01/2024 Date première publication : 1/04/2015

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

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*

Date dernière modification : 1/06/2023 Date première publication : 1/06/2023

184170 - 184181 Composant mandibulaire d’une prothèse totale de l'articulation temporo-mandibulaire fabriqué sur base de l’anatomie du patient, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*4.293,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.293,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§36*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/06/2023 Date première publication : 1/06/2023

184192 - 184203 Composant temporal d'une prothèse totale ou pour hémi-arthroplastie de l'articulation temporo-mandibulaire fabriqué sur base de l'anatomie du patient, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*4.293,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*4.293,00 €*

Conditions de remboursement : *L-§36*

L.2.5 Divers

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

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.3.1.1 Clou élastique

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167753 - 167764 Clou élastique

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34201

Base de remboursement	*79,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*95,18 €*	*Marge de sécurité (€)*	*15,86 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*79,32 €*

L.3.1.2 Clou centromédullaire, verrouillable

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167775 - 167786 Clou huméral, centromédullaire verrouillable

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34202

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 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167790 - 167801 Clou fémoral ou tibial, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34203
Base de remboursement	*446,18 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*535,41 €*	*Marge de sécurité (€)*	*89,23 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*446,18 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167812 - 167823 Clou pour avant-bras, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34204
Base de remboursement	*371,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*446,17 €*	*Marge de sécurité (€)*	*74,36 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*371,81 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167834 - 167845 Clou pour trochanter, centromédullaire, verrouillable (jusqu'à 24 cm y compris) avec implant cervical, y compris la vis de blocage et/ou l'implant anti-rotation

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34205
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167856 - 167860 Clou long pour trochanter, centromédullaire, verrouillable (plus de 24 cm) avec implant cervical, y compris la vis de blocage et/ou l'implant anti-rotation

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34206
Base de remboursement	*822,95 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*987,54 €*	*Marge de sécurité (€)*	*164,59 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*822,95 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167871 - 167882 Vis-clou canulé verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34207
Base de remboursement	*381,73 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*458,07 €*	*Marge de sécurité (€)*	*76,34 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*381,73 €*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.1.3 Clou pour arthrodèse, centromédullaire verrouillable

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167893 - 167904 Clou simple pour arthrodèse du genou, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34208
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167915 - 167926 Clou assemblé pour arthrodèse du genou, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34209
Base de remboursement	*1.844,20 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*2.213,04 €*	*Marge de sécurité (€)*	*368,84 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*1.844,20 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167930 - 167941 Clou pour arthrodèse de la cheville, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34210
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 €*

L.3.1.4 Clou centromédullaire pour allongement du membre

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

167974 - 167985 Clou assemblé centromédullaire téléscopique (qui s'allonge lorsque l'os grandit)

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36701
Base de remboursement	*3.464,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*3.464,77 €*

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

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 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : *L-§20*

Date dernière modification : 1/03/2025 Date première publication : 1/06/2024

185194 - 185205 Clou centromédullaire magnétique allongeable pour la distraction du tibia ou du fémur, télécommande externe incluse

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	39301
Base de remboursement	*9.248,23 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*11.097,87 €*	*Marge de sécurité (€)*	*1.849,64 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*9.248,23 €*

Conditions de remboursement : *L-§38*

L.3.1.5 Vis de verrouillage pour clou centromédullaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168011 - 168022 Vis de verrouillage pour clou centromédullaire, y compris le mécanisme de verrouillage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34214
Base de remboursement	*69,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*83,28 €*	*Marge de sécurité (€)*	*13,88 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*69,40 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168033 - 168044 Lame de verrouillage pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34215
Base de remboursement	*138,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*166,57 €*	*Marge de sécurité (€)*	*27,76 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*138,81 €*

L.3.1.6 Eléments de fixation et accessoires pour clou centromédullaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168055 - 168066 Endcap pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34216
Base de remboursement	*57,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*69,01 €*	*Marge de sécurité (€)*	*11,50 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*57,51 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168070 - 168081 Vis condylaire et écrou pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34217
Base de remboursement	*178,47 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*214,16 €*	*Marge de sécurité (€)*	*35,69 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*178,47 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168092 - 168103 Washer pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34218
Base de remboursement	*49,57 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*59,48 €*	*Marge de sécurité (€)*	*9,91 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*49,57 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168114 - 168125 Vis de compression pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34219
Base de remboursement	*64,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*77,34 €*	*Marge de sécurité (€)*	*12,89 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*64,45 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168136 - 168140 Vis de blocage pour clou centromédullaire, à l'exception de la vis de blocage d'un implant cervical

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34220
Base de remboursement	*57,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*69,01 €*	*Marge de sécurité (€)*	*11,50 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*57,51 €*

L.3.2 Lame plaque

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168151 - 168162 Lame plaque non-canulée

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34301
Base de remboursement	*242,92 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*291,50 €*	*Marge de sécurité (€)*	*48,58 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*242,92 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168173 - 168184 Lame plaque canulée

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34302

Base de remboursement	*242,92 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*291,50 €*	*Marge de sécurité (€)*	*48,58 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*242,92 €*

L.3.3 Vis, agrafe et broche

L.3.3.1 Vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168195 - 168206 Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, sans possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*26,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*26,77 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168210 - 168221 Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, non auto-perforante, avec possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*36,69 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*36,69 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168232 - 168243 Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, auto-perforante, avec possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*36,69 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*36,69 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168254 - 168265 Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, avec propriétés « low profile », pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*26,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*26,77 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168276 - 168280 Vis ou cheville d'ostéosynthèse canulée, sans possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*99,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*99,15 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168291 - 168302 Vis ou cheville d'ostéosynthèse canulée, avec possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*99,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*99,15 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168313 - 168324 Vis de compression sans tête (type « HERBERT ») non canulée, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*118,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*118,98 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168335 - 168346 Vis de compression sans tête (type « HERBERT ») canulée, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*138,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*138,81 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/12/2016

180176 - 180180 Système intramédullaire, autre qu'une broche, pour arthrodèse des phalanges, pour l'ensemble des composants, par articulation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*138,67 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*138,67 €*

L.3.3.2 Accessoires pour vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168350 - 168361 Ecrou pour vis ou cheville d'ostéosynthèse, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*26,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*26,77 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168372 - 168383 Implant séparé pour correction de la surface de contact entre une vis ou cheville et une plaque, par pièce (WASHER)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*21,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*21,81 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168394 - 168405 Spacer pour vis ou cheville d'ostéosynthèse , par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*11,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*11,90 €*

L.3.3.3 Agrafe

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168416 - 168420 Agrafe ligamentaire ou agrafe pour ostéosynthèse, sans mémoire de forme ou compression, par agrafe

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*69,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*69,40 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168431 - 168442 Agrafe ligamentaire ou agrafe pour ostéosynthèse, avec mémoire de forme ou compression, par agrafe

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*128,89 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*128,89 €*

L.3.3.4 Broche utilisée en tant qu'implant

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168453 - 168464 Broche, avec ou sans filetage, quel que soit le diamètre, à l'exception des broches pour fixateur externe, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*15,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*15,87 €*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.4 Plaque d'ostéosynthèse

L.3.4.1 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168475 - 168486 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34303
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168490 - 168501 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34304
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168512 - 168523 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34305
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168534 - 168545 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34306
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

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168556 - 168560 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34307
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168571 - 168582 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34308
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168593 - 168604 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34309
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168615 - 168626 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34310
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

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168630 - 168641 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34311
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168652 - 168663 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34312
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168674 - 168685 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de la fibula distale

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34313
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.3.4.2 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168696 - 168700 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l’humérus proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34314
Base de remboursement	*520,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*624,64 €*	*Marge de sécurité (€)*	*104,10 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*520,54 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168711 - 168722 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34315
Base de remboursement	*520,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*624,64 €*	*Marge de sécurité (€)*	*104,10 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*520,54 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168733 - 168744 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34316
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168755 - 168766 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34317
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168770 - 168781 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34318
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

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168792 - 168803 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34319
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168814 - 168825 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une arthrodèse au niveau du poignet

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34320
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168836 - 168840 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34321
Base de remboursement	*520,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*624,64 €*	*Marge de sécurité (€)*	*104,10 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*520,54 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168851 - 168862 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34322
Base de remboursement	*520,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*624,64 €*	*Marge de sécurité (€)*	*104,10 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*520,54 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168873 - 168884 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34323
Base de remboursement	*441,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*529,46 €*	*Marge de sécurité (€)*	*88,24 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*441,22 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168895 - 168906 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34324
Base de remboursement	*441,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*529,46 €*	*Marge de sécurité (€)*	*88,24 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*441,22 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168910 - 168921 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de la fibula distale

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34325
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/05/2015

171091 - 171102 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire conçue pour une arthrodèse au niveau de la cheville

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34346
Base de remboursement	*441,22 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*529,46 €*	*Marge de sécurité (€)*	*88,24 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*441,22 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168932 - 168943 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour clavicule, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34326
Base de remboursement	*158,64 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*190,36 €*	*Marge de sécurité (€)*	*31,72 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*158,64 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168954 - 168965 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour clavicule, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34327
Base de remboursement	*520,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*624,64 €*	*Marge de sécurité (€)*	*104,10 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*520,54 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168976 - 168980 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour l'omoplate

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34328
Base de remboursement	*520,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*624,64 €*	*Marge de sécurité (€)*	*104,10 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*520,54 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

168991 - 169002 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour apophyse coronoide

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34329
Base de remboursement	*520,54 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*624,64 €*	*Marge de sécurité (€)*	*104,10 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*520,54 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169013 - 169024 Implant pour correction du thorax en entonnoir (Pectus Excavatum)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34330
Base de remboursement	*892,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.070,82 €*	*Marge de sécurité (€)*	*178,47 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*892,35 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169035 - 169046 Plaque d'ostéosynthèse pour reconstruction du bassin

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34331
Base de remboursement	*158,64 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*190,36 €*	*Marge de sécurité (€)*	*31,72 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*158,64 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169050 - 169061 Barres sacrales, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34332
Base de remboursement	*991,51 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.189,81 €*	*Marge de sécurité (€)*	*198,30 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*991,51 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169072 - 169083 Plaque pour trochanter spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34333
Base de remboursement	*892,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*1.070,82 €*	*Marge de sécurité (€)*	*178,47 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*892,35 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169094 - 169105 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour calcaneum

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34334
Base de remboursement	*307,36 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*368,83 €*	*Marge de sécurité (€)*	*61,47 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*307,36 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/06/2022

182394 - 182405 Ensemble d'implants d'ostéosynthèse, y compris l'ensemble des éléments de fixation, pour la fixation chirurgicale d'un volet costal utilisé lors de la prestation 227356-227360 ou 282656-282660 de la nomenclature, par côte traitée

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*634,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*634,32 €*

Conditions de remboursement : *L-§34*

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/06/2022

182416 - 182420 Un ou plusieurs implants d'ostéosynthèse, éléments de fixation non inclus, pour la fixation chirurgicale de fracture costale traumatique aiguë chez un patient sans volet costal utilisé lors de la prestation 282656-282660 de la nomenclature, par côte traitée

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*190,36 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*190,36 €*

Conditions de remboursement : *L-§34*

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/06/2022

182431 - 182442 Plaque d'osteosynthèse jusqu'à huit trous y compris, pour la fixation chirurgicale d'une fracture complexe du sternum utilisée lors de la prestation 282516-282520 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*184,91 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*184,91 €*

Conditions de remboursement : *L-§35*

Date dernière modification : 1/06/2022 Date première publication : 1/06/2022

182453 - 182464 Plaque d'osteosynthèse de plus de huit trous pour la fixation chirurgicale d'une fracture complexe du sternum utilisée lors de la prestation 282516-282520 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*364,38 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*364,38 €*

Conditions de remboursement : *L-§35*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.4.4 Plaque d'ostéosynthèse non préformée

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169116 - 169120 Plaque d'ostéosynthèse pour diaphyse ou plaque d'ostéosynthèse rectangulaire, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*143,77 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*143,77 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169131 - 169142 Plaque d'ostéosynthèse pour diaphyse ou plaque d'ostéosynthèse rectangulaire, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, y compris tous les éléments permettant ce verrouillage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*193,35 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*193,35 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169153 - 169164 Plaque de forme spéciale pour extrémité des os, permettant ou non un verrouillage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*79,32 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*79,32 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169175 - 169186 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour extrémités (main, pied, poignet, cheville), à l'exception du calcaneum

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*148,72 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*148,72 €*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.4.5 Plaque périprothétique

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169190 - 169201 Plaque péri-prothétique spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage, à l'exception des plaques pour trochanter

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34335
Base de remboursement	*743,63 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*892,35 €*	*Marge de sécurité (€)*	*148,72 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*743,63 €*

Conditions de remboursement : *L-§21*

L.3.5 Système de plaque à compression dynamique

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169212 - 169223 Plaque de compression pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34336
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169234 - 169245 Plaque de compression pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34337
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 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169256 - 169260 Plaque permettant un verrouillage à stabilité angulaire (locking plate) pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34338
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 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169271 - 169282 Plaque de stabilisation du trochanter pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34339
Base de remboursement	*247,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*297,44 €*	*Marge de sécurité (€)*	*49,57 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*247,87 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169293 - 169304 Plaque de compression avec plaque de stabilisation du trochanter en monobloc pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34340
Base de remboursement	*421,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*505,66 €*	*Marge de sécurité (€)*	*84,27 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*421,39 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169315 - 169326 Vis de compression pour DHS (Dynamic Hip System)/DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34341
Base de remboursement	*19,83 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*23,79 €*	*Marge de sécurité (€)*	*3,96 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*19,83 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169330 - 169341 Vis de blocage pour DHS (Dynamic Hip System)/DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34342
Base de remboursement	*148,72 €*	*Marge de sécurité (%)*	*40,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*208,20 €*	*Marge de sécurité (€)*	*59,48 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*148,72 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169352 - 169363 Ancre cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou ancre condylaire pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34343
Base de remboursement	*138,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*166,57 €*	*Marge de sécurité (€)*	*27,76 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*138,81 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169374 - 169385 Vis cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou vis condylaire pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34344
Base de remboursement	*138,81 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*166,57 €*	*Marge de sécurité (€)*	*27,76 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*138,81 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169396 - 169400 Lame hélicoïdale cervicale à impacter pour DHS (Dynamic Hip System) ou lame hélicoïdale condylaire à impacter pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34345
Base de remboursement	*247,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*297,44 €*	*Marge de sécurité (€)*	*49,57 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*247,87 €*

Date dernière modification : 1/01/2019 Date première publication : 1/01/2019

180552 - 180563 Lame cervicale à impacter pour DHS (Dynamic Hip System), y compris la vis anti-rotation

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	37001
Base de remboursement	*247,87 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*297,44 €*	*Marge de sécurité (€)*	*49,57 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*247,87 €*

L.4 Arthroscopie

L.4.2 Matériel de consommation

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169536 - 169540 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 283194 -283205 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	II.D.d				
Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169551 - 169562 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275295 -275306 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169573 - 169584 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 283312 - 283323 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169595 - 169606 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275472 -275483 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169610 - 169621 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287011 – 287022 et 276076-276080 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169632 - 169643 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287033 – 287044 et 276194-276205 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169654 - 169665 Ensemble du matériel de de la nomenclature utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287092 - 287103 et 276216-276220 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169676 - 169680 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287114 – 287125 et 276231-276242 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169691 - 169702 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275273 -275284 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169713 - 169724 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 277351 -277362 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169735 - 169746 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 294114 – 294125 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169750 - 169761 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 277336 -277340 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169772 - 169783 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 300296 – 300300 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169794 - 169805 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 300311 - 300322 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169816 - 169820 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 276636 -276640 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*148,39 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*81,61 €*
				Montant du remboursement	*66,78 €*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L.5 Fixateurs externes

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169831 - 169842 Utilisation temporaire d'un système de fixation externe utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*272,66 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*272,66 €*

Conditions de remboursement : *L-§23*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169853 - 169864 Broche pour fixateur externe pour main ou pied

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*6,94 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*6,94 €*

Conditions de remboursement : *L-§23*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169875 - 169886 Broche pour fixateur externe, à l'exception des fixateurs pour main et pied

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*36,69 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*36,69 €*

Conditions de remboursement : *L-§23*

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

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

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

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*

L. Orthopédie et traumatologie

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

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*

L.6 Cranio-maxillo-facial

L.6.1 Plaques et vis pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire en matériel non-résorbable

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169971 - 169982 Plaque jusqu'à dix trous - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*74,37 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*74,37 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

169993 - 170004 Plaque d'onze à vingt trous - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*89,23 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*89,23 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170015 - 170026 Plaque de plus de vingt trous - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*109,06 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*109,06 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170030 - 170041 Treillis, non-résorbable, jusqu'à 20 cm2 y compris, par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*24,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*24,79 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170052 - 170063 Treillis, non-résorbable, de 20 cm² à 100 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*7,93 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*7,93 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170074 - 170085 Treillis, non-résorbable, 100 cm2 et plus, par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*2,97 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*2,97 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170096 - 170100 Vis non-résorbable, diamètre inférieur à 1,5 mm

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*19,83 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*19,83 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170111 - 170122 Vis non-résorbable, diamètre à partir de 1,5 mm et inférieur à 2,4 mm

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*19,83 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*19,83 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170133 - 170144 Vis non-résorbable, diamètre de 2,4 mm et plus

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*31,73 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*31,73 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170155 - 170166 Washer

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*5,95 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*5,95 €*

L.6.2 Plaques et vis pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire en matériel résorbable

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170170 - 170181 Plaque jusqu'à dix trous - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*128,89 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*128,89 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170192 - 170203 Plaque d'onze à vingt trous - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*198,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*198,30 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170214 - 170225 Plaque de plus de vingt trous - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*233,01 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*233,01 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170236 - 170240 Treillis, résorbable, jusqu'à 20 cm2 y compris, par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*24,79 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*24,79 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170251 - 170262 Treillis, résorbable, de 20 cm² à 100 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*11,90 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*11,90 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170273 - 170284 Treillis, résorbable, 100 cm2 et plus, par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*6,94 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*6,94 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170295 - 170306 Vis en matériel résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*34,71 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*34,71 €*

L.6.3 Plaques pour la reconstruction des parties spécifiques du visage et/ou mâchoire

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170310 - 170321 Plaque pour orbite - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*396,61 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*396,61 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170332 - 170343 Plaque pour orbite - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*168,55 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*168,55 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170354 - 170365 Plaque, spécialement conçue pour la reconstruction de la mandibule

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*297,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*297,45 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170376 - 170380 Condyle, spécialement conçu pour fixation à une plaque pour la reconstruction de la mandibule, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*356,95 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*356,95 €*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170391 - 170402 Plaque avec condyle, spécialement conçue pour la reconstruction de la mandibule

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*813,03 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*813,03 €*

L.7 Substituts osseux

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170413 - 170424 Substitut osseux ostéoconducteur, entièrement synthétique, en hydroxyapatite et/ou phosphate bi- ou tricalcique, sous forme de bloc solide, par conditionnement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34601

Base de remboursement	*198,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*237,96 €*	*Marge de sécurité (€)*	*39,66 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*198,30 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : *L-§25*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170435 - 170446 Substitut osseux ostéoconducteur, entièrement synthétique, en hydroxyapatite et/ou phosphate bi- ou tricalcique, sous forme de granules ou poudre en conditionnement jusqu'à 5cc y compris, par conditionnement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34602
Base de remboursement	*118,98 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*142,77 €*	*Marge de sécurité (€)*	*23,79 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*118,98 €*

Conditions de remboursement : *L-§25*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170450 - 170461 Substitut osseux ostéoconducteur, entièrement synthétique, en hydroxyapatite et/ou phosphate bi- ou tricalcique, sous forme de granules ou poudre en conditionnement de plus de 5cc, par conditionnement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34603
Base de remboursement	*198,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*237,96 €*	*Marge de sécurité (€)*	*39,66 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*198,30 €*

Conditions de remboursement : *L-§25*

L.8 Divers

Date dernière modification : 1/07/2022 Date première publication : 1/07/2014

170472 - 170483 Ciment - avec ou sans antibiotique - utilisé lors du placement d'une prothèse articulaire - par 20 g

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*32,72 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*35,99 €*	*Marge de sécurité (€)*	*3,27 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*32,72 €*

Conditions de remboursement : *L-§26*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170494 - 170505 Obturateur diaphysaire utilisé lors du placement d'une tige cimentée d'une prothèse articulaire

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*19,83 €*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*39,66 €*	*Marge de sécurité (€)*	*19,83 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*19,83 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170516 - 170520 Matériel de cerclage, par câble ou par fil

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*33,71 €*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*37,08 €*	*Marge de sécurité (€)*	*3,37 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*33,71 €*

Conditions de remboursement : *L-§27*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/07/2014

170531 - 170542 Matériel de cerclage tressé avec système de fixation du câble, par câble, y compris l'ensemble des éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*99,15 €*	*Marge de sécurité (%)*	*45,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*143,76 €*	*Marge de sécurité (€)*	*44,61 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*99,15 €*

Conditions de remboursement : *L-§27*

L.9 Implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous

Date dernière modification : 1/08/2020 Date première publication : 1/07/2014

169411 - 169422 Ancre, seule ou dans un kit

Catégorie de remboursement : I.D.h

Base de remboursement	*205,00 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*15,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*30,75 €*
				Montant du remboursement	*174,25 €*

Date dernière modification : 1/08/2020 Date première publication : 1/05/2015

170855 - 170866 Ancre pour fixation de déchirures du ménisque utilisée lors de la prestation 277653-277664 ou 300414-300425 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.h

Base de remboursement	*196,34 €*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*15,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*29,45 €*
				Montant du remboursement	*166,89 €*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2020 Date première publication : 1/07/2014

169455 - 169466 Système d’interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel

Catégorie de remboursement : I.D.c

Base de remboursement	*218,17 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*98,17 €*
				Montant du remboursement	*120,00 €*

Date dernière modification : 1/08/2020 Date première publication : 1/08/2020

180935 - 180946 Système d'ancrage ou à visser pour réparation fonctionnelle des ligaments et tendons (à l'exception des implants pour la plastie d’un ou des ligaments croisés du genou, systèmes d'interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel, ancres et agrafes), pour l'ensemble des composants, par point de fixation

Catégorie de remboursement : I.E.j **Liste Nom.** 38201

Base de remboursement	*254,13 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*30,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*76,23 €*
				Montant du remboursement	*177,90 €*

Date dernière modification : 1/12/2021 Date première publication : 1/08/2020

180891 - 180902 Ensemble d’implants pour la plastie du ligament croisé antérieur du genou, utilisé lors de la prestation 277351-277362 ou 294114-294125 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.c

Base de remboursement	*518,45 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*233,30 €*
				Montant du remboursement	*285,15 €*

Date dernière modification : 1/12/2021 Date première publication : 1/08/2020

180913 - 180924 Ensemble d’implants pour la plastie du ligament croisé postérieur du genou, utilisé lors de la prestation 277351-277362 ou 294114-294125 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.c

Base de remboursement	*726,43 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*326,89 €*
				Montant du remboursement	*399,54 €*

L. Orthopédie et traumatologie

L.10 Guide pour ostéotomie

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/12/2014

171172 - 171183 Instrument sur mesure à usage unique pour ostéotomie lors d'une exérèse tumorale

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*792,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*792,40 €*

Conditions de remboursement : *L-§28*

Date dernière modification : 1/04/2018 Date première publication : 1/12/2014

171194 - 171205 Instrument sur mesure à usage unique pour découpe de l'allogreffe massive correspondante à l'exérèse tumorale

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*792,40 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*792,40 €*

Conditions de remboursement : *L-§28*

L.11 Implant d'ancrage pour prothèse externe

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181031 - 181042 Partie percutanée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36301

Base de remboursement	*8.205,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*8.205,30 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.205,30 €*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181053 - 181064 Partie percutanée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36302

Base de remboursement	*8.205,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*8.205,30 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.205,30 €*

Conditions de remboursement : *L-§29*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181075 - 181086 Partie ostéointégrée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36303
Base de remboursement	*13.949,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*13.949,21 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*13.949,21 €*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181090 - 181101 Partie ostéointégrée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36304
Base de remboursement	*13.949,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*13.949,21 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*13.949,21 €*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181112 - 181123 Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36301
Base de remboursement	*8.205,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*8.205,30 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.205,30 €*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181134 - 181145 Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36302
Base de remboursement	*8.205,30 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*8.205,30 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*8.205,30 €*

Conditions de remboursement : *L-§29*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181156 - 181160 Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur, en cas de remplacement anticipé

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-§29*

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181171 - 181182 Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus, en cas de remplacement anticipé

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-§29*

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181193 - 181204 Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36303

Base de remboursement	*13.949,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*13.949,21 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*13.949,21 €*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181215 - 181226 Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36304

Base de remboursement	*13.949,21 €*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*13.949,21 €*	*Marge de sécurité (€)*	*0,00 €*	*Intervention personnelle (€)*	*0,00 €*
				Montant du remboursement	*13.949,21 €*

Conditions de remboursement : *L-§29*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181230 - 181241 Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur, en cas de remplacement anticipé

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-§29*

Date dernière modification : 1/10/2023 Date première publication : 1/02/2017

181252 - 181263 Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus, en cas de remplacement anticipé

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-§29*

L.12 Ligament artificiel

Date dernière modification : 1/12/2021 Date première publication : 1/12/2021

182475 - 182486 Ligament artificiel pour reconstruction d'un ligament croisé rompu du genou, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.i

Base de remboursement	*1.036,16 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*20,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*207,23 €*
				Montant du remboursement	*828,93 €*

Conditions de remboursement : *L-§32*

Date dernière modification : 1/12/2021 Date première publication : 1/12/2021

182490 - 182501 Ligament artificiel pour reconstruction d'une luxation acromio-claviculaire, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.i

Base de remboursement	*966,76 €*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*20,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*193,35 €*
				Montant du remboursement	*773,41 €*

Conditions de remboursement : *L-§33*

Conditions de remboursement

L-§02

Prestations liées

163015	163026
163030	163041
163052	163063

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 163015-163026, 163030-163041 et 163052-163063 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Pour la prestation 163015-163026:

2.1.1. Critères d'inclusion
Bénéficiaire :
a) à partir du trente-cinquième anniversaire
et
b) qui a été traité sans succès de façon conservative, pendant plus de six mois, pour douleurs dans le bas du dos, consécutives à une dégénérescence sur un ou deux niveaux discaux qui se manifeste sous la forme d'au moins une des lésions suivantes:
1. formation d'un ostéophyte au niveau des plateaux vertébraux ;
2. hernie discale médiane limitée au niveau L4-L5 ou L5-S1;
3 discopathie documentée
et
c) pour lequel tous les examens techniques suivants réalisés consécutivement confirment le diagnostic de dégénérescence :
1. RX, face et/ou profil;
2. clichés en flexion-extension sans glissement de plus de 3 mm;
3. scintigraphie négative au niveau des facettes;
4. examen IRM avec signes de dégénérescence discale, couplée ou non des modifications de "Modic";
5. échec d'infiltrations de facette avec un anesthésique local sans utilisation de corticoïdes;
6. discographie et/ou disco-CT, positif (avec douleur) au niveau à opérer et négatif (non douloureuse) aux niveaux contigus.

2.1.2 Critères d'exclusion :
a) bénéficiaire ayant déjà une prothèse de disque lombaire ;
b) bénéficiaire chez lequel plusieurs prothèses de disque lombaire sont placées lors de la même intervention ;
c) sténose du récessus latéral ou arthrose du neuroforamen;
d) fractures au niveau des vertèbres;
e) maladies métaboliques fragilisant le corps vertébral;
f) spondylolyse;
g) spondylolisthésis antérieure;
h) scoliose lombaire et dorso-lombaire;
i) hernie discale primaire non médiane;
j) tumeur in situ;
k) infections;
l) ostéoporose documentée par DEXA-scan;
m) radiculopathie documentée;
n) hauteur résiduelle entre les vertèbres de moins de 5 mm.

2.2. Pour les prestations 163030-163041 et 163052-163063:
Le bénéficiaire a déjà reçu une intervention de l'assurance obligatoire pour une prothèse de disque lombaire prévue sous la prestation 163015-163026 ou à condition que la prothèse de disque ait été placée dans les indications reprises sous le point 2.1. avant l'entrée en vigueur de la prestation 163015-163026.

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 163015-163026 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 163052-163063 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

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
A. Nouveau concept de design:
- Tests biomécaniques :
• flexion-extension et
• flexion latérale et
• rotation et
• si du polyéthylène est présent, modification de forme après au minimum 10 millions de cycles ("fatigue testing" selon les normes ISO ou ASTM)
Ces tests doivent démontrer une mobilité comparable à celle d'un disque intervertébral intact.
- Tests sur cadavre
• flexion-extension et
• flexion latérale et
• rotation et
• sur 1 et 2 segments
Ces tests doivent démonter des résultats comparables avec un disque intervertébral intact.
- Etudes cliniques :
• étude publiée dans un journal peer-reviewed avec un facteur d'impact, avec minimum cent patients dont cent ou plus ont un suivi de minimum deux ans. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être inférieurs ("non-inferiority") à ceux des standards comme actuellement décrits dans la littérature, c'est-à-dire la fusion instrumentée postérieure, antérieure ou à 360°, à l'exception d'un greffon ou d'un substitut osseux utilisés seuls.

B. Design comparable à celui d'une prothèse déjà reprise sur la liste nominative :
- Tests biomécaniques :
• flexion-extension et
• flexion latérale et
• rotation et
• si du polyéthylène est présent, modification de forme après au minimum 10 millions de cycles ("fatigue testing" selon les normes ISO ou ASTM)
Ces tests doivent démontrer une mobilité comparable avec un disque intervertébral intact ou résultats comparables à ceux d'une prothèse déjà inscrite sur la liste nominative:
- Tests sur cadavre
• flexion-extension et
• flexion latérale et
• rotation et
• sur 1 et 2 segments
Ces tests doivent démonter des résultats comparables avec un disque intervertébral intact.
- Etudes cliniques :
• étude publiée dans un "peer-reviewed journal" avec minimum cent patients dont cent ou plus ont un suivi de minimum deux ans (doit être fournie dans les quatre ans suivant l'inscription sur la liste, dans le cas contraire, le produit est supprimé). Les résultats de cette étude ne peuvent pas être inférieurs ("non-inferiority") à ceux des standards comme actuellement décrits dans la littérature, c'est-à-dire la fusion instrumentée postérieure, antérieure ou à 360°, à l'exception d'un greffon ou d'un substitut osseux utilisés seuls.
• le protocole de l'étude doit être fourni avant l'inscription

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 163015-163026 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation au médecin-conseil sur base du formulaire L-Form-I-1 et ce après implantation.
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
La prestation ne peut pas être attestée en cas de révision totale car le gold standard en cas de révision est l'arthrodèse.

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
La prestation 163015-163026 ne peut être attestée qu'une fois par hospitalisation.

5.3. Dérogation aux règles d’attestation
Pas d’application

6. Résultats et statistiques
Pas d’application

7. Divers
Pas d’application

L-§05
Prestations liées

172255 **172266**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux plaques pour fixation postérieure à la colonne vertébrale, 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 172255-172266 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 172255-172266 sont des plaques fixées sur les corps vertébraux et permettant la fusion de deux vertèbres au minimum, ou des plaques pour laminoplastie.

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

L-§06 Prestations liées	
164113	164124
164135	164146
164150	164161
164172	164183
164194	164205
164216	164220
164231	164242
164253	164264
164275	164286
164290	164301
164312	164323

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tiges de prothèses d'épaule, 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
Les prestations 164194-164205 et 164216-164220 ne sont pas cumulables avec les prestations 164113-164124, 164135-164146, 164150-164161, 164172-164183, 164253-164264, 164290-164301, 164275-164286 et 164312-164323.

5.2. Autres règles
La prestation 164231-164242 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

L-§07
Prestations liées

164356 **164360**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de surface pour l'épaule, 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 164356-164360 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

L-§08
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

L-§09 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
172550	172561
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

L-§12
Prestations liées

183094 **183105**

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

L-§13
Prestations liées

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.

Mesuré sur une reconstruction 3D basée sur un CT de l'hémi-bassin.

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

L-§15
Prestations liées

166110 **166121**

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

L-§16
Prestations liées

182652	182663
182674	182685
182696	182700
182711	182722

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 182652-182663, 182674-182685, 182696-182700 et 182711-182722 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1 Critères d'inclusion :

a) le score de l'AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society) est inférieur à 60/100

et

b) la prothèse de cheville est implantée dans une des indications suivantes :

1. atteinte inflammatoire de l'articulation talo-crurale :

ou

2. état dégénératif de l'articulation talo-crurale

ou

3. hémochromatose ou hémophilie

ou

4. révision d'une prothèse de cheville déjà implantée.

2.2 Critères d'exclusion :

a) le score de l'AOFAS est supérieur ou égal à 60/100

ou

b) septicémie active

ou

c) pied neurologique

ou

d) pied neuropathique sévère

ou

e) nécrose étendue du talus

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 167510-167521 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1 Définitions

L’intervention de l’assurance obligatoire pour la prestation 182652-182663 couvre les coûts de toutes les parties des composants tibiaux, toutes les parties des composants talaires, l'insert en polyéthylène ainsi que les éléments de fixation et le ciment éventuels.

L’intervention de l’assurance obligatoire pour les prestations 182674-182685 et 182696-182700 couvre les coûts de ces composants ainsi que les éléments de fixation et le ciment éventuels.

3.2.Critères

Pas d’application.

3.3. Conditions de garantie

Pas d’application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l’une des indications mentionnées au 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 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 182674-182685 et 182696-182700 ne sont pas cumulables entre elles.

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

L-§20
Prestations liées

167996 168000

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

L-§21
Prestations liées

169190 **169201**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux plaques péri-prothétiques, 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 169190-169201 ne peut être attestée que si une tige prothétique est déjà en place.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§22
Prestations liées

169536	169540
169551	169562
169573	169584
169595	169606
169610	169621
169632	169643
169654	169665
169676	169680
169691	169702
169713	169724
169735	169746
169750	169761
169772	169783
169794	169805
169816	169820

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors des interventions arthroscopiques, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations arthroscopiques 169536-169540, 169551-169562, 169573-169584, 169595-169606, 169610-169621, 169632-169643, 169654-169665, 169676-169680, 169691-169702, 169713-169724, 169735-169746, 169750-169761, 169772-169783, 169794-169805 et 169816-169820 ne peuvent être attestées qu'une seule fois même lorsque l'intervention est bilatérale.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§23
Prestations liées

169831	169842
169853	169864
169875	169886

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux fixateurs externes, 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
Les prestations 169831-169842, 169853-169864 et 169875-169886 peuvent être attestées plusieurs fois à condition que les différents fixateurs soient placés à différents endroits du corps.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§24
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

L-§25
Prestations liées

170413	170424
170435	170446
170450	170461

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 170413-170424, 170435-170446 et 170450-170461 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:
Fracture récente (maximum trois mois) :
a) du calcaneus
ou
b) du plateau tibial
ou
c) de la tête humérale

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
Le remboursement de la prestation 170413-170424 est limité à maximum deux conditionnements par intervention.
Le remboursement de la prestation 170435-170446 est limité à maximum un conditionnement par intervention.
Le remboursement de la prestation 170450-170461 est limité à maximum un conditionnement par intervention.

5.2. Autres règles
Les prestations 170413-170424, 170435-170446 et 170450-170461 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 275332-275343, 275354-275365, 275376-275380, 290474-290485, 290496-290500, 290533-290544 ou 291815-291826 .

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 au ciment utilisé lors du placement d'une prothèse articulaire, 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

Il n'y a pas d'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de hanche ou d'une prothèse de cheville. Le ciment éventuel est inclus dans le remboursement des prestations couvrant les prothèses de hanche ou prothèses de cheville.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse d'épaule est limitée à maximum trois unités de 20 g.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de genou est limitée à maximum six unités de 20 g.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse d'extrémité est limitée à maximum deux unités de 20 g.

Le poids du ciment de la prestation 170472-170483 est calculé en prenant en compte uniquement la poudre sèche. Les solvants n'entrent pas en ligne de compte. Il ne s'agit donc pas du poids du mélange.

5.3. Dérogation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

L-§27
Prestations liées

170516	170520
170531	170542

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de cerclage, 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
Les prestations 170516-170520 et 170531-170542 ne peuvent être attestées que lors d'une chirurgie osseuse, à l'exception d'une intervention chirurgicale de la colonne vertébrale.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§28
Prestations liées

171172	171183
171194	171205

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 171172-171183 et 171194-171205 ne peuvent faire lobjet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:
L'établissement hospitalier bénéficie d'un agrément pour un programme de soins d'oncologie. Si le bénéficiaire est un enfant, l'établissement hospitalier bénéficie d'un agrément pour un programme de soins spécialisés en hémato-oncologie pédiatrique.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 171172-171183 et 171194-171205 ne peuvent faire lobjet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant:
Le bénéficiaire a une tumeur maligne primitive de l'os.

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
Les prestations 171172-171183 et 171194-171205 ne peuvent faire lobjet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors de la prestation 288470-288481 de la nomenclature.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§29	
Prestations liées	
181031	**181042**
181053	**181064**
181075	**181086**
181090	**181101**
181112	**181123**
181134	**181145**
181156	**181160**
181171	**181182**
181193	**181204**
181215	**181226**
181230	**181241**
181252	**181263**

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 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:

La pose d'indication et l'implantation ne peuvent être effectuées que dans un hôpital universitaire ayant une expertise dans ce domaine.

L'équipe multidisciplinaire qui pose l'indication est composée au minimum de :

- 1 chirurgien orthopédique
- 1 médecin spécialiste en médecine physique et revalidation
- 1 psychiatre ou psychologue
- 1 kinésithérapeute
- 1 ergothérapeute
- 1 dermatologue
- 1 médecin spécialiste en médecine interne ayant une compétence particulière en infectiologie
- et 1 orthopédiste prothésiste

qui ont été formés à cette technique et peuvent faire preuve de leur expertise.

Cette équipe est encadrée par l'équipe multidisciplinaire de l'hôpital universitaire Sahlgrenska de Gothenburg (Suède).

L'établissement possède en outre un programme de traitement documenté. Celui-ci décrit la procédure de sélection du patient, le trajet de soin (intervention chirurgicale, rééducation jusqu'à l'utilisation effective de la première prothèse définitive y comprise), l'entretien technique orthopédique, les suivis cliniques reprenant les possibilités en cas de complications ou d'incidents, les mesures assurant la continuité de ce soin spécialisé.

Le programme de rééducation ne peut être effectué que dans l'établissement hospitalier qui réalise l'implantation ou dans un établissement de rééducation spécialisé dans la rééducation des amputés. Cet établissement doit également avoir signé une convention avec l'établissement hospitalier implanteur pour prendre en charge la rééducation de leurs patients.

L'équipe multidisciplinaire du centre de rééducation est composée au minimum :

- 1 médecin spécialiste en médecine physique et revalidation

- 1 psychiatre ou psychologue
- 1 kinésithérapeute
- 1 ergothérapeute
- et 1 orthopédiste prothésiste

L'établissement de rééducation s'engage à suivre le programme de rééducation prévu, aussi lorsque que l'on fait appel à des kinésithérapeutes extramuros.

L'établissement hospitalier répondant aux critères susmentionnés, peut poser sa candidature auprès du Service de soins de santé sur base du formulaire L-Form-II-01 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 en 181252-181263 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Sur la base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue.

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 L-Form-II-01 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire L-Form-II-01 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

Indications

Le bénéficiaire a une amputation majeure d'un membre sur plus de 2/3 de la longueur du fémur ou plus de la moitié de la longueur de l'humérus, et l'utilisation d'une prothèse à fût n'est techniquement pas possible.

OU

Le bénéficiaire a une amputation transfémorale ou transhumérale, et une utilisation normale et à long terme de sa prothèse à fût n'est pas possible suite à des problèmes dermatologiques récurrents qui ne peuvent pas être remédiés par le prothésiste, par un traitement dermatologique ou par une intervention chirurgicale.

ET

L'état général du bénéficiaire permet l'implantation selon les instructions d'utilisation du dispositif et de suivre le traitement de revalidation.

Le bénéficiaire n'a pas plus de 65 ans et en cas d'implantation au niveau du fémur, son poids corporel (prothèse comprise) est inférieur à 100kg.

Le bénéficiaire s'engage à suivre le programme de rééducation qui lui a été soumis avant implantation.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-

181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Le système d'implant est composé d'une partie intra-osseuse et une partie percutanée sur laquelle vient se fixer de façon directe et solide une prothèse externe.

La partie intra-osseuse est placée sans ciment et permet l'ostéointégration. Elle est implantée à une profondeur maximale de 10 cm à partir de l'extrémité osseuse.

La partie percutanée est fixée solidement à la partie intra-osseuse. Le trajet de perforation est inférieur à 1 cm et permet une fixation stable de la peau de la zone de perforation à l'os. Le design est conçu pour réduire les irritations mécaniques et le risque d'infection et marsupialisation et pour maximaliser l'ostéointégration de l'implant.

La technique opératoire prévoit une implantation en deux temps avec un intervalle minimum de un mois pour permettre l'ostéointégration. Le système d'accouplement entre la prothèse et la partie percutanée est sûr et offre des protections contre des contraintes de forces dangereuses (protection contre la torsion et amortissement des chocs).

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. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Parmi les études cliniques réalisées, il faut au moins une étude prospective sur un minimum de 30 patients suivis pendant au minimum deux ans.

Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques en détail.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230 -181241 et 181252-181263, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- 3 ans de garantie totale à 100% pour la partie implantable

- 2 ans de garantie totale à 100% pour la partie percutanée

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Pas d'obligation administrative.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, les dispositions en matière de garantie doivent être respectées.

4.3. Remplacement prématuré

Par dérogation aux dispositions du point 5.2., une intervention de l'assurance obligatoire pour un remplacement prématuré peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs sur la base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

Pendant la période de garantie et en cas d'un dysfonctionnement qui n'est pas lié au bénéficiaire ou à l'évolution de sa situation médicale, le distributeur est obligé d'appliquer les conditions de garantie.

Dans le cas où le dispositif a été utilisé par le bénéficiaire de façon non conforme aux instructions d'utilisation qui lui ont été fournies avant implantation, le Collège peut accorder un remboursement partiel.

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 la prestation 181193-181204 ou 181215-181226 ne peut être accordée

qu’après un délai de 10 ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 181075-181086 ou 181090-181101 respectivement.

Une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 181112-181123 ne peut être accordée qu’après un délai de 3 ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 181031-181042, 181112-181123 ou 181156-181160.

Une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 181134-181145 ne peut être accordée qu’après un délai de 5 ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 181053-181064, 181134-181145 ou 181171-181182.

5.3. Dérogation aux règles d’attestation

Pas d’application.

6. Résultats et statistiques

Les établissements hospitaliers implanteurs et les établissements de revalidation feront tous les 3 ans un rapport avec une analyse de la littérature récente et explication 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-§29 sont celles mentionnés au points 1 et 4.3 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° et 2° 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, 1°, 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-§30	
Prestations liées	
182210	**182221**
182232	**182243**
182254	**182265**
182276	**182280**
182291	**182302**
182313	**182324**

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier et par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique qui répondent aux critères suivants:

L'établissement hospitalier est :

- un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires (centres de référence - 7892).

Ou

- un établissement qui collabore activement avec un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires.

Le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique a une expertise dans le traitement de la scoliose pédiatrique démontrée et maintenue de manière continue par un minimum de 5 prestations prestées 282052-282063, 225890-225901, 225993-226004, 226015-226026, 226030-226041, 226052-226063, 226074-226085.

Cette expertise est démontrée par la somme des prestations effectuées chez des enfants (moins de 18 ans), prestées durant l'année x-2.

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire L-Form-II-02 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes qui peuvent attester les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Sur la base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes; les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 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, l'établissement hospitalier est supprimé de cette liste. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire L-Form-II-02 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire L-Form-II-02 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

Le bénéficiaire est atteint de scoliose précoce évolutive.

Les traitements conservateurs (corset, plâtre,…) ont échoués ou le bénéficiaire n'est pas éligible pour ces traitements conservateurs.

L'angle de Cobb est de minimum 50° et l'incurvation a augmenté de minimum 5° sur 5 mois.

Le bénéficiaire a plus de 2 ans et moins de 18 ans.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 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

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Les études montrent que la sécurité et l'efficacité sont au moins comparables à celles des tiges allongeables chirurgicalement et que des réinterventions peuvent être évitées.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

Une garantie totale de 2 ans est exigée sur le moteur d'allongement et les parties de la tige aux alentours immédiats.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les documents desquels il ressort qu´il est satisfait aux indications mentionnées au point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, les dispositions en matière de garantie doivent être respectées.

4.3. Remplacement prématuré

Les prestations 182254-182265 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire avant le délai de 2 ans, qu' à condition qu´il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées. Les documents desquels il ressort la justification du remplacement prématuré doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

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 182210-182221 ou 182276-182280 exclut respectivement, pendant une période de deux ans, une intervention de l´assurance obligatoire pour les prestations 182232-182243 ou 182291-182302.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182232-182243 ou 182291-182302 exclut respectivement, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182232-182243 ou 182291-182302.

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 L-§30 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné au point 1 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° 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° et 2° 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-§31
Prestations liées

183072 **183083**

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.

L-§32

Prestations liées

182475	**182486**

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 182475-182486 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Lésion multi ligamentaire du genou

OU

- Reprise du ligament croisé antérieur ou postérieur

La prise en charge avec une greffe autogène ou allogène n'est en outre pas possible pour les raisons suivantes :

Le prélèvement d'une greffe autogène n'est pas conseillé ou il n'y a plus suffisamment de greffe autogène adéquate disponible

ET

Il n'y a pas de greffe allogène disponible.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Les documents desquels il ressort qu´il est satisfait aux indications mentionnées au point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire. Au minimum les éléments suivants seront présents dans le dossier :

- une motivation expliquant qu'une greffe autogène n'est pas conseillée ou il n'y a plus suffisamment de greffe autogène adéquate disponible ;

- - une motivation expliquant qu'il n'y a pas de greffe allogène disponible.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 182475-182486 attestée pour un des ligaments croisés n'est pas cumulable avec une autre prestation de la Liste pour ancrage et fixation des tissus mous (L.9. Implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous) pour le même ligament croisé.

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 ligaments artificiels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 182490-182501 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Luxation acromio-claviculaire chronique (plus de six semaines entre le traumatisme et l'intervention)

OU

- Reprise d'une luxation acromio-claviculaire

On entend par « luxation acromio-claviculaire » une disjonction acromio-claviculaire avec rupture des ligaments coraco-claviculaires, ce qui correspond à une disjonction de type III ou plus élevé selon la classification de Rockwood.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Les documents desquels il ressort qu´il est satisfait à un des critères mentionnés au point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 182490-182501 n'est pas cumulable avec une autre prestation de la Liste pour ancrage et fixation des tissus mous (L.9. Implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous).

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.

L-§34
Prestations liées

182394	182405
182416	182420

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants d'ostéosynthèse utilisé lors de la fixation chirurgicale des fractures costales, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 182394-182405 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

Le bénéficiaire a un volet costal, défini comme une fracture d'une côte à au moins deux endroits et ce sur au moins trois niveaux consécutifs du même hémithorax.

La prestation 182416-182420 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

Les fractures costales augmentent le risque de dommage aux organes.

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.

L-§35
Prestations liées

182431	182442
182453	182464

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants d'ostéosynthèse utilisés lors de la fixation chirurgicale d'une fracture complexe du sternum, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 182431-182442 et 182453-182464 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

Le sternum du bénéficiaire ne peut pas être réparé par cerclage.

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.

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 184170-184181 et 184192-184203 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:

La pose d'indication doit être évaluée lors d'une concertation par une équipe multidisciplinaire composée au minimum de :

- un médecin spécialisé en chirurgie orale et maxillo-faciale ;

- un kinésithérapeute.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 184170-184181 et 184192-184203 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

a) Restriction à l'ouverture buccale (<35 mm)

ET

b) Les traitements conservateurs ou d'autres options chirurgicales ont échoués

ET

c) au minimum un des symptômes suivants :

1. Score alimentaire <5/10 sur une échelle visuelle analogique (liquides seuls = 0, alimentation complète = 10)

2. Défaut d'occlusion (béance, rétrognathie)

3. Résorption condylienne excessive et perte de hauteur de la branche de la mandibule

4. Douleur >5/10 sur une échelle visuelle analogique (pas de douleur = 0, douleur insupportable = 10)

5. Autres symptômes affectant la qualité de vie.

L'hémi-arthroplastie (prothèse de la fosse temporale uniquement) se fait dans les mêmes indications à l'exception des points 2 et 3 (le condyle mandibulaire doit être sain).

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Les documents desquels il ressort qu´il est satisfait aux indications mentionnées au point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative.

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. Divers

Pas d’application.

L-§37
Prestations liées

184236	184240
184251	184262

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 184236-184240 et 184251-184262 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1 Critères d'inclusion

2.1.1 Pour la prestation 184236-184240 :

a) le bénéficiaire a une discopathie cervicale symptomatique avec une radiculopathie cervicale et/ou une myéloradiculopathie cervicale qui a été traitée sans succès de façon conservative, pendant plus de six semaines

et

b) le bénéficiaire a un squelette dont la croissance est terminée

et

c) au moins l'un des éléments suivants est confirmé par imagerie (rayons X, CT, IRM) :

- hernie du nucleus pulposus pour laquelle il n'y a pas d'autres éléments comprimant la moelle épinière
- discarthrose

et

d) l'état général du bénéficiaire permet l'implantation selon les instructions d'utilisation du dispositif et de suivre le traitement de revalidation.

2.2 Critères d'exclusion

a) Hauteur résiduelle entre les vertèbres inférieure à 3 mm

b) Arthrose postérieure, arthrose dégénérative des facettes articulaires postérieures

c) Uncarthrose sévère au niveau index

d) Instabilité segmentaire marquée, sur l'imagerie dynamique (définie comme un déplacement antérieur supérieur à 15% sur une radiographie dynamique)

e) Inflammation locale excessive au niveau du disque intervertébral, des plateaux vertébraux, du corps vertébral ou ailleurs au niveau index

f) Ostéoporose ou pathologie osseuse ou toute pathologie locale pouvant compromettre la stabilité immédiate (risque d'affaissement ou de fracture) ou à long terme (manque d'ostéointégration) de l'implant

g) Malformation de la colonne vertébrale ou anomalie osseuse résultant d'un traumatisme de la colonne cervicale ou d'une déformation cervicale

h) Ossification du grand ligament commun postérieur

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 184236-184240 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1 Définition

Pas d'application.

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 184236-184240, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et de sa sécurité à l'aide d'au moins une étude contrôlée randomisée avec au moins 200 patients inclus au total et avec un suivi minimum de 5 ans, publiée dans une revue 'peer-reviewed'. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être inférieurs (« non-infériorité ») à ceux des standards actuellement décrits dans la littérature, à savoir la discectomie cervicale antérieure et fusion (ACDF). La prothèse de disque intervertébral cervical faisant l'objet de la demande d'inscription sur la liste nominative de la prestation 184236-184240 peut être une version légèrement modifiée de la prothèse évaluée dans l'étude clinique.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Pas d'application.

4.2. Remplacement

4.2.1. Pour la prestation 184251-184262 :

Le bénéficiaire a déjà reçu une intervention de l'assurance obligatoire pour une prothèse de disque intervertébral cervical prévue sous la prestation 184236-184240 ou à condition que la prothèse de disque intervertébral cervical ait été placée dans les indications reprises sous le point 2.1 avant l'entrée en vigueur de la prestation 184236-184240.

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 184236-184240 et 184251-184262 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles

La prestation 184236-184240 ne peut être remboursée que deux fois durant la vie du bénéficiaire.

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 au clou centromédullaire magnétique allongeable pour la distraction du tibia ou du fémur, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 185194-185205 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:

1) L'établissement hospitalier, dans lequel se déroule la pose de l'indication et l'implantation, dispose d'une équipe composée d'au moins :

- un médecin spécialisé en chirurgie orthopédique ;

- un médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation ;

- un kinésithérapeute ;

- un psychologue ou médecin spécialisé en psychiatrie.

Cette équipe évalue la pose d'indication lors d'une concertation et assure le suivi du bénéficiaire.

ET

2) L'établissement hospitalier a une expérience en matière d'allongement du membre inférieur. Au moment de l'introduction de sa candidature, cette expérience doit être démontrée par minimum 7 prestations 289752-289763 et 290953-290964 prestées, effectuées dans l'établissement hospitalier, calculée comme étant le total pour les années x-4 à x-2.

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire L-Form-II-03 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester la prestation 185194-185205 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

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; la prestation 185194-185205 ne pourra 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, l'établissement hospitalier est supprimé de cette liste. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire L-Form-II-03 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire L-Form-II-03 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 185194-185205 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 :

- Pour les bénéficiaires adultes dont la croissance du squelette est terminée

ET

- Petite taille : taille de moins 2 écarts types en dessous de la courbe de croissance standard et non conforme à la taille cible, en tenant compte de la taille des (grands)parents biologiques

OU

- Différence de longueur osseuse des membres inférieurs de plus de 3 cm quelle qu'en soit la cause. Cette inégalité peut concerner soit le tibia, soit le fémur, soit les deux os pris ensemble.

2.2 Critères d'exclusion :

- Malformations congénitales du tibia avec un diamètre externe de la partie la plus étroite de la jambe (isthme) < 16,5 mm

OU

- Anomalies congénitales nécessitant une correction angulaire progressive.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 185194-185205 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition

Pas d'application.

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 185194-185205 le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'au moins une étude clinique avec au moins 20 patients inclus au total dans l'étude, publiée dans une revue 'peer-reviewed'. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être inférieurs à ceux des standards actuellement décrits dans la littérature, ou à ceux des clous magnétiques allongeables déjà repris 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

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-§38 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné au point 1 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° 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, 1°, 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-§39

Prestations liées

185371	185382
185393	185404
185415	185426

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux systèmes de croissance implantables auto-expansibles, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier et par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique qui répondent aux critères suivants:

L'établissement hospitalier est :

- un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires (centres de référence - 7892).

Ou

- un établissement qui collabore activement avec un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires.

Le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique a une expertise dans le traitement de la scoliose pédiatrique démontrée et maintenue de manière continue par un minimum de 5 prestations prestées 282052-282063, 225890-225901, 225993-226004, 226015-226026, 226030-226041, 226052-226063, 226074-226085.

Cette expertise est démontrée par la somme des prestations effectuées chez des enfants (moins de 18 ans), prestées durant l'année x-2.

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire L-Form-II-02 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes qui peuvent attester les prestations 185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Sur la base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes; les prestations 185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426 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, l'établissement hospitalier est supprimé de cette liste. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire L-Form-II-02 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire L-Form-II-02 mis à jour.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

1. Patient neuromusculaire (RISSER 0) souffrant d'une scoliose évolutive

ET

2. Les traitements conservateurs (corset, plâtre,…) ont échoués ou le bénéficiaire n'est pas éligible pour ces traitements conservateurs.

ET

3. Ce traitement est, au niveau chirurgical, en première intention.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426 ne peuvent ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Le mécanisme d'allongement ne nécessite aucun dispositif d'activation externe.

ET

Le système doit pouvoir s'allonger d'une longueur minimale de 50 mm.

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'au moins une étude clinique avec au moins 10 patients inclus au total dans l'étude, publiée dans un journal 'peer-reviewed'. Les résultats de cette étude montrent que la sécurité et l'efficacité sont au moins comparables à ceux des standards actuellement décrits dans la littérature et que des réinterventions peuvent être évitées.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426, une garantie totale de trois ans est exigée:

Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Pas d'obligation administrative.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, les dispositions en matière de garantie doivent être respectées.

4.3. Remplacement anticipé

La prestation 185415-185426 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire avant le délai de 3 ans, qu' à condition qu´il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées

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

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 L-§39 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné au point 1 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° 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, 1° et 2° 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.