

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.

1.5. 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.

2. Prestations et Modalités de remboursement

A. Ophtalmologie

A.3 Traitement intra-oculaire

A.3.1 Intervention sur cristallin

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
150135 - 150146		Lentille intra-oculaire, en polyméthylméthacrylate			
Catégorie de remboursement :		I.B.a			
Base de remboursement	66,19 €	Marge de sécurité (%)	54,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	101,93 €	Marge de sécurité (€)	35,74 €	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	66,19 €
Conditions de remboursement :		A-\$01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE	
150172 - 150183		Lentille intra-oculaire pliable				
Catégorie de remboursement :		I.B.a				
Base de remboursement	66,19 €	Marge de sécurité (%)	113,00%	Intervention personnelle (%)		0,00%
Prix maximum	140,98 €	Marge de sécurité (€)	74,79 €	Intervention personnelle (€)		0,00 €
				Montant du remboursement	66,19 €	
Conditions de remboursement :		A-\$01				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
150194 - 150205		Lentille torique de deux dioptries ou plus			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	30101		
Base de remboursement	176,49 €	Marge de sécurité (%)	40,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	247,08 €	Marge de sécurité (€)	70,59 €	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	176,49 €
Conditions de remboursement :	A-§02				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
150216 - 150220		Lentille torique de six dioptries ou plus			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	30102		
Base de remboursement	352,98 €	Marge de sécurité (%)	40,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	494,17 €	Marge de sécurité (€)	141,19 €	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	352,98 €
Conditions de remboursement :	A-§02				

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.

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-correctée 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

C. Oto-rhino-laryngologie

C.1 Intervention sur l'oreille

C.1.1 Implant cochléaire

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

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication : 1/10/2023

CHANGE

184273 - 184284	Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère				
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	C-§01				

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication : 1/10/2023

CHANGE

184295 - 184306	Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère				
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	C-§01				

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication : 1/10/2023

CHANGE

184310 - 184321	Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère, lorsque l'implant cochléaire controlatéral est implanté dans un délai inférieur à quatre ans après l'implant cochléaire dans la première oreille				
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	C-§01				

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication : 1/10/2023

CHANGE

184332 - 184343	Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère, lorsque l'implant cochléaire controlatéral est implanté dans un délai inférieur à quatre ans après l'implant cochléaire dans la première oreille				
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	C-§01				

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184376 - 184380		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale asymétrique			
Catégorie de remboursement :		I.A.a	Liste Nom.	39101	
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184391 - 184402		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire ayant une perte auditive bilatérale asymétrique			
Catégorie de remboursement :		I.A.a	Liste Nom.	39101	
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2024		CHANGE	
184833 - 184844		Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère, lorsque l'implant cochléaire controlatéral est implanté dans un délai supérieur ou égal à quatre ans après l'implant cochléaire dans la première oreille			
Catégorie de remboursement :		I.A.a	Liste Nom.	39101	
Base de remboursement		Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix plafond		10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2024		CHANGE	
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

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
187051 - 187062		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires à partir de 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			

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

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184413 - 184424		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184435 - 184446		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	C-§01				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184450 - 184461		Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184472 - 184483		Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

C.1.1.3 Implant cochléaire en cas de neuropathie auditive

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184494 - 184505		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une neuropathie auditive			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184516 - 184520		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une neuropathie auditive			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184531 - 184542		Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une neuropathie auditive			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184553 - 184564		Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une neuropathie auditive			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

C.1.1.4 Remplacements

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
153016 - 153020		Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39102		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	5.138,38 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
153031 - 153042		Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39102		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	5.138,38 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	C-§01				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
153053 - 153064		Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires pour l'oreille controlatérale, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39102		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	5.138,38 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
153075 - 153086		Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires pour l'oreille controlatérale, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39102		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	5.138,38 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-\$01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
153090 - 153101		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes (sans processeur de son), en cas de remplacement			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	C-\$01				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
153112 - 153123		Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes (sans processeur de son), en cas de remplacement			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	C-\$01				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184575 - 184586		Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39102		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	5.138,38 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	C-§01				

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184590 - 184601		Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39102		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	5.138,38 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184612 - 184623		Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires pour l'oreille controlatérale, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39102		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	5.138,38 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184634 - 184645		Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires pour l'oreille controlatérale, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39102		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	5.138,38 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184656 - 184660		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes (sans processeur de son), en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184671 - 184682		Partie implantable d'un implant cochléaire controlatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes (sans processeur de son), en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

C.1.1.5 Processeur de son d'un implant cochléaire

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/10/2023		CHANGE	
184354 - 184365		Kit comprenant le processeur de son d'un implant cochléaire et ses accessoires			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39102		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	5.138,38 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

C.1.1.6 Implant cochléaire en cas de surdité unilatérale

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2024		CHANGE	
184774 - 184785		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de quatre ans, ayant une surdité unilatérale congénitale			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	39101		
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond	10.845,46 €	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	Liste Nom.
Conditions de remboursement :		C-§01			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2024		CHANGE	
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			

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2024		CHANGE	
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				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
187036 - 187040		Partie implantable d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multi-électrodes, pour les bénéficiaires à partir de 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				

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
187036	187040
187051	187062

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, 184855-184866, 184866, 187036-187040 et 187051-187062 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 a lieu la pose d'indication, le réglage et le suivi de l'implant et du processeur de son, dispose 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 spécialisé d'oto-rhino-laryngologie, avec une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède, un audicien-audiologue, et un médecin ORL 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 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, 184855-184866, 187036-187040 et 187051-187062 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 (si une procédure de demande est applicable pour l'indication), 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 :

a) Le seuil en conduction aérienne 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

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

et

c) Critère supplémentaire pour 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 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, 184391-184402+184354-184365 et 187051-187062+184354-184365) :

1. Les examens montrent l'existence d'une perte auditive, pour laquelle il est satisfait aux conditions suivantes :

1.1. Pour la meilleure oreille :

a) Le seuil en conduction aérienne moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque est supérieur à 30 dB HL 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 est supérieur à 35 dB nHL.

1.2. Pour la plus mauvaise oreille, lorsque la meilleure oreille est masquée :

1.2.1. Chez les bénéficiaires âgés de moins de dix-huit ans :

a) Le seuil en conduction aérienne moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 85 dB HL 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 est supérieur ou égal à 90 dB nHL.;

1.2.2. Chez les bénéficiaires à partir de leur dix-huitième anniversaire :

a) Le seuil en conduction aérienne moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 70 dB HL 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 est supérieur ou égal à 75 dB nHL.

1.2.3. 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. ;

1.2.4. Critère supplémentaire pour les bénéficiaires à partir de leur sixième anniversaire : un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL 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).

Au cas où l'audiométrie vocale ne serait pas réalisable, 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.

2. Critères supplémentaires pour les bénéficiaires à partir de leur dix-huitième anniversaire :

a) Le bénéficiaire doit avoir essayé un système (bi)CROS pendant au moins 4 semaines ;

et

b) Soit : le bénéficiaire doit avoir essayé un système de conduction osseuse non implantable pendant au moins 4 semaines ;

Soit : le bénéficiaire n'est pas éligible pour un système de conduction osseuse avec ancrage osseux dans l'os temporal en raison d'une cause anatomique ou médicale ;

et

c) Un test de localisation des sons est réalisé avant le début de l'essai et à la fin de l'essai du système (bi)CROS et avant le début de l'essai et à la fin de l'essai du système de conduction osseuse non implantable (le cas échéant).

i. Il est démontré que le bénéficiaire ne retire pas un bénéfice suffisant car le gain au test de localisation des sons à la fin de l'essai par rapport à la situation avant l'essai est inférieur à 10% ou 10 degrés ;

ou

ii. Il est démontré que le bénéficiaire ne retire pas un bénéfice suffisant du système (bi)CROS et du système de conduction osseuse non implantable (le cas échéant) sur base de son feedback concernant l'impact sur sa qualité de vie avant le début de l'essai et à la fin de celui-ci.

3. Les prestations 184376-184380+184354-184365, et 184391-184402+184354-184365 et 187051-187062+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 aux conditions suivantes :

a) Le seuil en conduction aérienne moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 70 dB HL 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 est supérieur ou égal à 75 dB nHL.

et

c) 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 aux conditions suivantes :

a) Un test BERA à 75 dB nHL 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

b) 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

c) 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

d) 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

e) Critère supplémentaire pour les bénéficiaires sourds post-linguaux à partir de leur sixième anniversaire : un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL 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).

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) :

1. Les examens montrent la présence d'une surdité unilatérale, pour laquelle il est satisfait aux conditions suivantes :

1.1. Pour la bonne oreille :

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

et

b) Le seuil du pic V au test BERA est inférieur ou égal à 35 dB nHL.

1.2. Pour la mauvaise oreille :

a) Le seuil en conduction aérienne moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 85 dB HL 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 est supérieur ou égal à 90 dB nHL;

et

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

2. 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 et 187036-187040+184354-184365) :

1. Les examens montrent la présence d'une surdité unilatérale, pour laquelle il est satisfait aux conditions suivantes :

1.1. Pour la bonne oreille :

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

et

b) Le seuil du pic V au test BERA est inférieur ou égal à 35 dB nHL.

1.2. Pour la mauvaise oreille, lorsque la bonne oreille est masquée :

1.2.1. Chez les bénéficiaires âgés de moins de dix-huit ans :

a) Le seuil en conduction aérienne moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 85 dB HL 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 est supérieur ou égal à 90 dB nHL;

1.2.2. Chez les bénéficiaires à partir de leur dix-huitième anniversaire :

a) Le seuil en conduction aérienne moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 70 dB HL 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 est supérieur ou égal à 75 dB nHL.

1.2.3. Critère supplémentaire pour les bénéficiaires à partir de leur sixième anniversaire : un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL 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).

Au cas où l'audiométrie vocale ne serait pas réalisable, 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. Critères supplémentaires pour les bénéficiaires à partir de leur dix-huitième anniversaire :

a) Le bénéficiaire doit avoir essayé un système CROS pendant au moins 4 semaines ;

et

b) Soit : le bénéficiaire doit avoir essayé un système de conduction osseuse non implantable pendant au moins 4 semaines ;

Soit : le bénéficiaire n'est pas éligible pour un système à conduction osseuse avec ancrage osseux dans l'os temporal en raison d'une cause anatomique ou médicale ;

et

c) Un test de localisation des sons est réalisé avant le début de l'essai et à la fin de l'essai du système CROS et avant le début de l'essai et à la fin de l'essai du système de conduction osseuse non implantable (le cas échéant).

i. Il est démontré que le bénéficiaire ne retire pas un bénéfice suffisant car le gain au test de localisation des sons à la fin de l'essai par rapport à la situation avant l'essai est inférieur à 10% ou 10 degrés ;

ou

ii. Il est démontré que le bénéficiaire ne retire pas un bénéfice suffisant du système CROS et du système à conduction osseuse non implantable (le cas échéant) sur base de son feedback concernant l'impact sur sa qualité de vie avant le début de l'essai et à la fin de celui-ci.

3. L'implantation doit être réalisée endéans les sept ans après le diagnostic d'une perte auditive d'au moins 85 dB HL ou 70 dB HL pour la mauvaise oreille.

4. Les prestations 184796-184800+184354-184365, et 184811-184822+184354-184365 et 187036-187040+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, 184855-184866, 187036-187040 et 187051-187062 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

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.

Si un formulaire de demande est exigé, les résultats finaux personnalisés attendus du suivi logopédique ou du programme de rééducation multidisciplinaire doivent être indiqués dans celui-ci.

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, 184391-184402+184354-184365 et 187051-187062+184354-184365) :

Les prestations pour l'implantation en cas de perte auditive bilatérale asymétrique chez les bénéficiaires âgés de moins de dix-huit ans (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 (partie A), 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.

Les prestations pour l'implantation en cas de perte auditive bilatérale asymétrique chez les bénéficiaires à partir de leur dix-huitième anniversaire (187051-187062+184354-184365) 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-06 (partie B), entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

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, 184811-184822+184354-184365 et 187036-187040+184354-184365) :

Les prestations pour l'implantation en cas de surdité unilatérale chez les bénéficiaires âgés de moins de dix-huit ans (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 (partie A) 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.

Les prestations pour l'implantation en cas de surdité unilatérale chez les bénéficiaires à partir de leur dix-huitième anniversaire (187036-187040+184354-184365) 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-16 (partie B) entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

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 anticipé 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 4.1.4., 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., 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.

e) Par dérogation à la procédure décrite au point 4.2. et par dérogation à la disposition mentionnée au point 2.2.6., pour le remplacement de l'implant et/ou du processeur de son et ses accessoires, si le bénéficiaire a été implanté avant l'entrée en vigueur du remboursement pour la prestation 187036-187040+184354-184365 et si la primo-implantation a été réalisée plus de sept ans après le diagnostic d'une perte auditive d'au moins 70 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 ou 187036-187040+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, 184855-184866+184354-184365, 187036-187040+184354-184365 ou 187051-187062+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 ou 187036-187040+184354-184365 ou 187051-187062+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.

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

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.

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1 Coeur

F.1.6 Valve cardiaque

F.1.6.1 Placement d'une valve artificielle

F.1.6.1.5 Stent valvulaire implantable par voie percutanée

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/06/2025		CHANGE	
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.1.12 Défibrillateur cardiaque

F.1.12.1 Défibrillateur cardiaque simple chambre

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186734 - 186745		Premier défibrillateur cardiaque simple chambre, adaptateur compris			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40401		
Base de remboursement	10.372,74 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	10.372,74 €
Conditions de remboursement :		F-§30			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026			NOUVEAU
186756 - 186760		Défibrillateur cardiaque simple chambre de remplacement, adaptateur compris			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40401		
Base de remboursement	10.372,74 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	10.372,74 €
Conditions de remboursement :		F-§30			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186771 - 186782		Défibrillateur cardiaque simple chambre de remplacement, adaptateur compris, en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40401		
Base de remboursement	10.372,74 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	10.372,74 €
Conditions de remboursement :		F-§30			

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.12.2 Défibrillateur cardiaque double chambre

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186793 - 186804		Premier défibrillateur cardiaque double chambre, adaptateur compris			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40402		
Base de remboursement	10.468,47 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	10.468,47 €
Conditions de remboursement :	F-§30				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186815 - 186826		Défibrillateur cardiaque double chambre de remplacement, adaptateur compris			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40402		
Base de remboursement	10.468,47 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	10.468,47 €
Conditions de remboursement :	F-§30				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186830 - 186841		Défibrillateur cardiaque double chambre de remplacement, adaptateur compris, en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40402		
Base de remboursement	10.468,47 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	10.468,47 €
Conditions de remboursement :	F-§30				

F.1.12.3 Défibrillateur cardiaque de resynchronisation

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186852 - 186863		Premier défibrillateur cardiaque de resynchronisation, adaptateur compris			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40403		
Base de remboursement	10.512,18 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	10.512,18 €
Conditions de remboursement :	F-§30				

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186874 - 186885		Défibrillateur cardiaque de resynchronisation de remplacement, adaptateur compris			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40403		
Base de remboursement	10.512,18 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	10.512,18 €
Conditions de remboursement :		F-§30			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186896 - 186900		Défibrillateur cardiaque de resynchronisation de remplacement adaptateur compris, en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40403		
Base de remboursement	10.512,18 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	10.512,18 €
Conditions de remboursement :		F-§30			

F.1.12.4 Défibrillateur cardiaque sous-cutané

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186911 - 186922		Défibrillateur cardiaque sous-cutané, adaptateur compris			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40404		
Base de remboursement	13.104,39 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	13.104,39 €
Conditions de remboursement :		F-§30			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186933 - 186944		Défibrillateur cardiaque sous-cutané de remplacement, adaptateur compris			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40404		
Base de remboursement	13.104,39 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	13.104,39 €
Conditions de remboursement :		F-§30			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026		NOUVEAU	
186955 - 186966		Défibrillateur cardiaque sous-cutané de remplacement, adaptateur compris, en cas de remplacement anticipé			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	40404		
Base de remboursement	13.104,39 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	13.104,39 €

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Conditions de remboursement : F-§30

F.1.12.5 Electrode

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026			NOUVEAU	
186970 - 186981		Electrode pour un défibrillateur cardiaque, par électrode				
Catégorie de remboursement :		I.D.a				
Base de remboursement	822,37 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €	
					Montant du remboursement	822,37 €
Conditions de remboursement :		F-§30				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026			NOUVEAU	
186992 - 187003		Electrode de resynchronisation pour un défibrillateur cardiaque de resynchronisation, par électrode				
Catégorie de remboursement :		I.D.a				
Base de remboursement	1.110,21 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €	
					Montant du remboursement	1.110,21 €
Conditions de remboursement :		F-§30				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026			NOUVEAU	
187014 - 187025		Electrode pour un défibrillateur cardiaque sous-cutané, par électrode				
Catégorie de remboursement :		I.D.a				
Base de remboursement	1.165,38 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €	
					Montant du remboursement	1.165,38 €
Conditions de remboursement :		F-§30				

Conditions de remboursement

F-509

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) Une sténose sévère, symptomatique de la valve aortique, définie par les directives ESC les plus récentes ;

ET

b) Faisabilité technique d'une implantation d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique ;

ET

c) Une estimation de l'espérance de vie après l'implantation de douze mois minimum ;

ET

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.

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 $\leq 8\%$ et $\geq 4\%$

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 critères suivants :

a) soit être approuvé par la FDA avec une PMA ;

b) 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

avoir démontré dans un ou plusieurs études cliniques ou registres avec au total au minimum 200 patients, que le dispositif a un profil de sécurité acceptable ;

c) 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

avoir démontré dans un ou plusieurs études cliniques ou registres avec au total au minimum 200 patients que le dispositif a un profil de sécurité acceptable ;

d) 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

avoir démontré dans un ou plusieurs études cliniques ou registres avec au total au minimum 200 patients que le dispositif a un profil de sécurité acceptable.

3.2.2. Pour les prestations 172734-172745 ou 172756-172760, le groupe d'étude de(s) (l')étude(s) ou registre(s) mené(e-s) avec le dispositif doit être constitué de patients inopérables ou de patients avec un EuroSCORE II >8%.

Pour les prestations 185776-185780 ou 185791-185802, le groupe d'étude de(s) (l')étude(s) ou registre(s) mené(e-s) avec le dispositif doit être constitué de patients avec un EuroSCORE II ≤8% et ≥4%.

Pour la prestation 185813-185824, le groupe d'étude de(s) (l')étude(s) ou registre(s) mené(e-s) avec le dispositif doit être constitué de patients avec un EuroSCORE II <4%.

Pour la prestation 181952-181963, le dispositif doit être repris sur au moins une des listes nominatives pour les prestations 172734-172745, 172756-172760, 185776-185780, 185791-185802 ou 185813-185824.

Le stent valvulaire percutané implantable en position aortique faisant l'objet de la demande d'inscription sur la liste nominative des prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802 ou 185813-185824 peut être une version légèrement modifiée de la valve artificielle qui sera évaluée dans ces études précliniques et cliniques.

3.2.3. 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, 229515-229526, 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 implantateurs. 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, N_t , 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, N_t , 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: $N_t^* A/(T)$;

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.

Prestations liées

186734	186745
186756	186760
186771	186782
186793	186804
186815	186826
186830	186841
186852	186863
186874	186885
186896	186900
186911	186922
186933	186944
186955	186966
186970	186981
186992	187003
187014	187025

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 186734-186745, 186756-186760, 186771-186782, 186793-186804, 186815-186826, 186830-186841, 186852-186863, 186874-186885, 186896-186900, 186911-186922, 186933-186944, 186955-186966, 186970-186981, 186992-187003 et 187014-187025 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:

1.1. Le site de l'établissement hospitalier dispose de l'agrément complet pour les programmes de soins « pathologie cardiaque » B et E tels que fixés par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 186734-186745, 186756-186760, 186771-186782, 186793-186804, 186815-186826, 186830-186841, 186852-186863, 186874-186885, 186896-186900, 186911-186922, 186933-186944 et 186955-186966 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

2.2.1. Le bénéficiaire a été sélectionné pour un traitement avec un défibrillateur cardiaque en accord avec les directives de l'European Society of Cardiology.

2.2.2. Pour les prestations 186852-186863, 186874-186885 et 186896-186900 :

a) Classe NYHA II ou III malgré un traitement médicamenteux optimal pendant ≥ 3 mois après le diagnostic de cardiomyopathie ;

ET

1) Complexe QRS ≥ 130 ms indépendamment du type de bloc de branche ;

OU

2) Besoin attendu en stimulation ventriculaire > 40% ;

OU

b) être candidat à l'ablation du faisceau de His (Nœud atrioventriculaire) en raison d'arythmies auriculaires non contrôlées, quelle que soit la classe NYHA et la fraction d'éjection.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 186734-186745, 186756-186760, 186771-186782, 186793-186804, 186815-186826, 186830-186841, 186852-186863, 186874-186885, 186896-186900, 186911-186922, 186933-186944 et 186955-186966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Le défibrillateur cardiaque est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie qui est implanté dans son ensemble. Pour détecter et traiter les arythmies cardiaques, le défibrillateur cardiaque doit être physiquement connecté à au moins une électrode.

Le défibrillateur cardiaque doit être équipé d'une fonction permettant le suivi par télésurveillance du patient.

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 186734-186745, 186756-186760, 186771-186782, 186793-186804, 186815-186826, 186830-186841, 186852-186863, 186874-186885 ou 186896-186900 une durée de vie théorique suivante doit être démontrée pour le dispositif :

a) 7 ans pour un défibrillateur simple chambre, dans les conditions spécifiques suivantes :

- 1) Paramètres de stimulation: 25% de stimulation VVIR avec toutes les fonctions activées (y compris les électrogrammes et l'asservissement de fréquence) ;
- 2) Fréquence de stimulation: fréquence de base de 70 battements par minute ;
- 3) Impédance de stimulation: $500 \Omega \pm 1\%$;
- 4) Paramètres d'impulsion: amplitude de 2,5 V et durée de 0,4 ms ;
- 5) Télésurveillance: activation en continu et 12 transmissions de rapports complets par an ;
- 6) Charges thérapeutiques: 20 mises en charge pour thérapie à énergie maximale (en plus des reformatages prévus par le fabricant).

b) 6,5 ans pour un défibrillateur double chambre, dans les conditions spécifiques suivantes :

- 1) Paramètres de stimulation: 25% de stimulation DDIR avec toutes les fonctions activées (y compris les électrogrammes et l'asservissement de fréquence) ;
- 2) Fréquence de stimulation: fréquence de base de 70 battements par minute ;
- 3) Impédance de stimulation: $500 \Omega \pm 1\%$;
- 4) Paramètres d'impulsion: amplitude de 2,5 V et durée de 0,4 ms ;
- 5) Télésurveillance: activation en continu et 12 transmissions de rapports complets par an ;
- 6) Charges thérapeutiques: 20 mises en charge pour thérapie à énergie maximale (en plus des reformatages prévus par le fabricant).

c) 5,5 ans pour un défibrillateur de resynchronisation, dans les conditions spécifiques suivantes :

- 1) Paramètres de stimulation: 100% de stimulation adaptable en fréquence de l'oreillette et des 2 ventricules, avec toutes les fonctions activées (y compris les électrogrammes et l'asservissement de fréquence) ;
- 2) Fréquence de stimulation: fréquence de base de 70 battements par minute ;
- 3) Impédance de stimulation: $500 \Omega \pm 1\%$;
- 4) Paramètres d'impulsion: amplitude de 2,5 V et durée de 0,4 ms ;
- 5) Télésurveillance: activation en continu et 12 transmissions de rapports complets par an ;
- 6) Charges thérapeutiques: 12 mises en charge pour thérapie à énergie maximale (en plus des reformatages prévus par le fabricant).

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 186911-186922, 186933-186944 et 186955-186966, le dispositif doit répondre à l'un des critères suivants :

- 1) Être approuvé par la FDA avec une PMA ;

OU

- 2) Avoir une sécurité et une efficacité démontrées dans le cadre d'un essai clinique prospectif ou d'un registre prospectif portant sur un total d'au moins 300 patients inclus, dont au moins 100 ont fait l'objet d'un suivi pendant un an, et dont les résultats ont été publiés dans une revue peer-reviewed. Les résultats en matière d'efficacité et de sécurité doivent être comparables à ceux d'un défibrillateur cardiaque simple chambre ou un défibrillateur cardiaque sous-cutané répondant à la définition incluse dans les présentes conditions de remboursement.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 186734-186745, 186756-186760, 186771-186782, 186793-186804, 186815-186826, 186830-186841, 186852-186863, 186874-186885, 186896-186900, 186911-186922, 186933-186944 et 186955-186966, une garantie totale doit être donnée pour les durées suivantes :

- a) Pour un défibrillateur cardiaque simple chambre : 8 ans ;
- b) Pour un défibrillateur cardiaque double chambre : 7 ans ;
- c) Pour un défibrillateur cardiaque de resynchronisation : 4,5 ans ;
- d) Pour un défibrillateur cardiaque sous-cutané : 5 ans.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Pas d'obligation administrative.

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative.

4.3. Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 186771-186782, 186830-186841, 186896-186900 et 186955-186966 pour un remplacement anticipé peut être accordée à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière de 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

La prestation 186756-186760 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire au plus tôt 8 ans après la prestation 186734-186745 ou au plus tôt 7 ans après une intervention de l'assurance obligatoire dans le cadre de la convention défibrillateurs cardiaques implantables pour un défibrillateur cardiaque simple chambre.

La prestation 186815-186826 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire au plus tôt 7 ans après la prestation 186793-186804 ou au plus tôt 5 ans après une intervention de l'assurance obligatoire dans le cadre de la convention défibrillateurs cardiaques implantables pour un défibrillateur cardiaque double chambre.

Les prestations 186852-186863, 186874-186885 et 186896-186900 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si la prestation 186992-187003 est attestée dans les 6 mois suivant l'implantation du défibrillateur cardiaque de resynchronisation.

La prestation 186874-186885 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire au plus tôt 4,5 ans après la prestation 186852-186863 ou au plus tôt 3 ans après une intervention de l'assurance obligatoire dans le cadre de la convention défibrillateurs cardiaques implantables pour un défibrillateur cardiaque de resynchronisation et une électrode de resynchronisation.

La prestation 186933-186944 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire au plus tôt 5 ans après la prestation 186911-186922 ou au plus tôt 3 ans après une intervention de l'assurance obligatoire dans le cadre de la convention défibrillateurs cardiaques implantables pour un défibrillateur cardiaque sous-cutané.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

La Commission peut, en tout temps, demander une évaluation avec rapport à la « Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) ».

La nature de cette évaluation est déterminée par la Commission.

7. Traitement des données

Pas d'application.

8. 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 : 1/01/2026		Date première publication : 1/01/2026			NOUVEAU	
186712 - 186723		Implant ou expanseur tissulaire pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires				
Catégorie de remboursement :		I.B.a				
Base de remboursement	420,00 €	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	420,00 €	Marge de sécurité (€)	0,00 €	Intervention personnelle (€)	0,00 €	
				Montant du remboursement	420,00 €	
Conditions de remboursement :		J-§02				

J.1.2 Non-reconstruction de la glande mammaire

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
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-§02	
Prestations liées	
162735	162746
186712	186723

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

La prestation 186712-186723 ne peut 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 la prestation 186712-186723.

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 la prestation 186712-186723.

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 la prestation 186712-186723 est autorisée lors des prestations 251576-251580, 251650-251661, 252593-252604, 252453-252464, 252475-252486, 252512-252523, 252630-252641, 252733-252744, 252755-252766 ou 252770-252781 de la nomenclature et en cas de dysphorie de genre.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

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

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

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

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

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

8. Divers

Pas d'application.

L. Orthopédie et traumatologie

L.2 Articulations

L.2.2 Membre inférieur

L.2.2.2 Genou

L.2.2.2.1 Composants fémoraux

L.2.2.2.1.1 Unicondylaire

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
165874 - 165885		Composant fémoral unicondylaire, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34001		
Base de remboursement	961,76 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	144,26 €
				Montant du remboursement	817,50 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
165896 - 165900		Composant fémoral unicondylaire pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34002		
Base de remboursement	1.189,81 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	178,47 €
				Montant du remboursement	1.011,34 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.2.1.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
165911 - 165922		Composant fémoral bicondylaire, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34003		
Base de remboursement	1.269,12 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	190,36 €
				Montant du remboursement	1.078,76 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
165933 - 165944		Composant fémoral bicondylaire pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34004	
Base de remboursement		1.269,12 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum		/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 190,36 €
					Montant du remboursement 1.078,76 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
165955 - 165966		Composant fémoral bicondyalaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34005		
Base de remboursement	1.388,10 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	208,21 €
				Montant du remboursement	1.179,89 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
165970 - 165981		Composant fémoral bicondylaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34006		
Base de remboursement	1.388,10 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	208,21 €
				Montant du remboursement	1.179,89 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/05/2015		CHANGE	
171113 - 171124		Composant fémoral bicondyalaire pour révision, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.i	Liste Nom.	34070		
Base de remboursement	1.662,42 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	20,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	332,48 €
				Montant du remboursement	1.329,94 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166036 - 166040		Composant fémoral bicondyalaire pour révision, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34009		
Base de remboursement	1.487,25 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	223,08 €
				Montant du remboursement	1.264,17 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.1.3 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166073 - 166084		Composant fémoral d'une prothèse à charnière modulaire, y compris l'axe, à utiliser avec ou sans ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	34011		
Base de remboursement	2.500,00 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	2.500,00 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

L.2.2.2.1.4 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
166095 - 166106		Composant fémoral d'une prothèse bicompartimentale, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34012		
Base de remboursement	1.189,81 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	178,47 €
				Montant du remboursement	1.011,34 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.2.1.5 Implant de surface

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166110 - 166121		Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire (excepté au niveau de la trochlée), pour l'ensemble des composants			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34013		
Base de remboursement	1.536,83 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	230,52 €
				Montant du remboursement	1.306,31 €
Conditions de remboursement :		L-§15,L-§09			

L.2.2.2.2 Composants tibiaux

L.2.2.2.2.1 Unicondylaire

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166132 - 166143		Composant tibial unicondylaire monobloc en polyéthylène			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34014		
Base de remboursement	644,48 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	96,67 €
				Montant du remboursement	547,81 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166154 - 166165		Composant tibial unicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34015	
Base de remboursement	644,48 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 96,67 €
			Montant du remboursement	547,81 €
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166176 - 166180		Composant tibial unicondyloire monobloc metal-backed, pour un placement avec ciment		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34016	
Base de remboursement	396,61 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 59,49 €
			Montant du remboursement	337,12 €
Conditions de remboursement :	L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166191 - 166202		Composant tibial unicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34017	
Base de remboursement	396,61 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 59,49 €
			Montant du remboursement	337,12 €
Conditions de remboursement :	L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166213 - 166224		Embase tibiale unicondylaire pour un placement avec ciment		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34018	
Base de remboursement	644,48 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 96,67 €
			Montant du remboursement	547,81 €
Conditions de remboursement :	L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166235 - 166246		Embase tibiale unicondylaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34019	
Base de remboursement	694,04 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 104,10 €
			Montant du remboursement	589,94 €
Conditions de remboursement :	L-§09			

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166250 - 166261		Insert unicondylaire en polyéthylène		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34020	
Base de remboursement	297,44 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	44,61 €
			Montant du remboursement	252,83 €
Conditions de remboursement :		L-§09		

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166272 - 166283		Insert unicondylaire en polyéthylène highly cross-linked		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34021	
Base de remboursement	297,44 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	44,61 €
			Montant du remboursement	252,83 €
Conditions de remboursement :		L-§08,L-§09		

L.2.2.2.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166294 - 166305		Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34022	
Base de remboursement	322,23 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	48,33 €
			Montant du remboursement	273,90 €
Conditions de remboursement :		L-§09		

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166316 - 166320		Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34023	
Base de remboursement	322,23 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	48,33 €
			Montant du remboursement	273,90 €
Conditions de remboursement :		L-§08,L-§09		

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166331 - 166342		Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed pour un placement avec ciment		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34024	
Base de remboursement	889,37 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	133,40 €
			Montant du remboursement	755,97 €
Conditions de remboursement :		L-§09		

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166353 - 166364		Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34025	
Base de remboursement	1.110,49 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	166,57 €
				Montant du remboursement	943,92 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166375 - 166386		Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34026		
Base de remboursement	793,20 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	118,98 €
				Montant du remboursement	674,22 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166390 - 166401		Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34027		
Base de remboursement	793,20 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	118,98 €
				Montant du remboursement	674,22 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166412 - 166423		Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34028	
Base de remboursement		941,92 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum		/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	141,28 €
				Montant du remboursement	800,64 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166434 - 166445		Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34029		
Base de remboursement	941,92 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	141,28 €
				Montant du remboursement	800,64 €

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/05/2015		CHANGE	
171135 - 171146		Insert bicondylaire en polyéthylène			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34071	
Base de remboursement	401,23 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	60,18 €
				Montant du remboursement	341,05 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
166471 - 166482		Insert bicondylaire en polyéthylène highly cross-linked			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34031		
Base de remboursement	446,17 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	66,92 €
				Montant du remboursement	379,25 €
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09				

L.2.2.2.2.3 Bicondylaire (pour révision)

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166530 - 166541		Embase tibiale bicondylaire pour révision, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34034	
Base de remboursement	892,35 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	133,85 €
				Montant du remboursement	758,50 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166552 - 166563		Embase tibiale bicondylaire pour révision, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34035	
Base de remboursement	991,50 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	148,72 €
				Montant du remboursement	842,78 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/05/2015		CHANGE	
171150 - 171161		Insert en polyéthylène bicondylaire pour révision			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34072		
Base de remboursement	530,05 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	79,50 €
				Montant du remboursement	450,55 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166596 - 166600		Insert bicondylaire en polyéthylène highly cross-linked, pour révision			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34037		
Base de remboursement	495,76 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	74,36 €
				Montant du remboursement	421,40 €
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09				

L.2.2.2.2.4 Composant tibial de prothèse à charnière modulaire

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166655 - 166666		Composant tibial d'une prothèse à charnière modulaire monobloc metal-backed, y compris l'axe à utiliser avec ou sans ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	34040		
Base de remboursement	1.750,00 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	1.750,00 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166670 - 166681		Embase tibiale d'une prothèse à charnière modulaire, y compris l'axe à utiliser avec ou sans ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste Nom.	34041		
Base de remboursement	1.600,00 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	0,00 €
				Montant du remboursement	1.600,00 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166692 - 166703		Insert en polyéthylène d'une prothèse à charnière modulaire			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34042	
Base de remboursement	466,60 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	69,99 €
				Montant du remboursement	396,61 €

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166714 - 166725		Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse à charnière modulaire		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34043	
Base de remboursement	466,60 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 69,99 €
				Montant du remboursement 396,61 €
Conditions de remboursement : L-§08,L-§09				

L.2.2.2.5 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166736 - 166740		Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34044	
Base de remboursement	322,23 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 48,33 €
				Montant du remboursement 273,90 €
Conditions de remboursement : L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166751 - 166762		Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène highly cross-linked		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34045	
Base de remboursement	322,23 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 48,33 €
				Montant du remboursement 273,90 €
Conditions de remboursement : L-§08,L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166773 - 166784		Embase tibiale d'une prothèse bicompartimentale, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34046	
Base de remboursement	793,20 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 118,98 €
				Montant du remboursement 674,22 €
Conditions de remboursement : L-§09				

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166795 - 166806

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

Catégorie de remboursement :

I.E.h

Liste Nom.

34047

Base de remboursement

941,92 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

15,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

141,28 €

Montant du remboursement

800,64 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166810 - 166821

Insert en polyéthylène d'une prothèse bicompartimentale

Catégorie de remboursement :

I.E.h

Liste Nom.

34048

Base de remboursement

396,61 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

15,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

59,49 €

Montant du remboursement

337,12 €

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166832 - 166843

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

Catégorie de remboursement :

I.E.h

Liste Nom.

34049

Base de remboursement

396,61 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

15,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

59,49 €

Montant du remboursement

337,12 €

Conditions de remboursement :

L-§08,L-§09

L.2.2.2.3 Spacer

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

166854 - 166865

Spacer en ciment imprégné d'antibiotique

Catégorie de remboursement :

I.E.g

Liste Nom.

34050

Base de remboursement

674,22 €

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

10,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

67,42 €

Montant du remboursement

606,80 €

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 : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166876 - 166880		Trochlée pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34051		
Base de remboursement	1.006,37 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	150,95 €
				Montant du remboursement	855,42 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
166891 - 166902		Trochlée pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34052		
Base de remboursement	1.330,60 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	199,59 €
				Montant du remboursement	1.131,01 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.2.4.2 Rotule

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166913 - 166924		Rotule en polyéthylène			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34053		
Base de remboursement	188,37 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	28,25 €
				Montant du remboursement	160,12 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
166935 - 166946		Rotule en polyéthylène highly cross-linked			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34054		
Base de remboursement	203,25 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	30,48 €
				Montant du remboursement	172,77 €
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09				

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE
166950 - 166961		Rotule mobile metal-backed, pour un placement avec ciment		
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34055	
Base de remboursement	337,11 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	50,56 €
			Montant du remboursement	286,55 €
Conditions de remboursement :	L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
166972 - 166983		Rotule fixe metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34056		
Base de remboursement	337,11 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	50,56 €
				Montant du remboursement	286,55 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
166994 - 167005		Rotule mobile metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34057		
Base de remboursement	366,85 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	55,02 €
				Montant du remboursement	311,83 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.2.5 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
167016 - 167020		Prothèse totale de genou à charnière, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34058		
Base de remboursement	3.557,76 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	533,66 €
				Montant du remboursement	3.024,10 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014			CHANGE
167031 - 167042		Charnière pour prothèse modulaire, pour placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34059		
Base de remboursement	3.382,77 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	507,41 €
				Montant du remboursement	2.875,36 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.6 Tiges

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167053 - 167064

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

Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34060	
<i>Base de remboursement</i>	297,44 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 15,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> 44,61 €
				<i>Montant du remboursement</i> 252,83 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167075 - 167086

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

Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34061	
<i>Base de remboursement</i>	347,03 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 15,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> 52,05 €
				<i>Montant du remboursement</i> 294,98 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167090 - 167101

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

Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34062	
<i>Base de remboursement</i>	507,64 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 15,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> 76,14 €
				<i>Montant du remboursement</i> 431,50 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

167112 - 167123

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

Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34063	
<i>Base de remboursement</i>	507,64 €	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 15,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> 76,14 €
				<i>Montant du remboursement</i> 431,50 €

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167134 - 167145		Tige standard fémorale ou tibiale, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34064	
Base de remboursement		297,44 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum		/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	44,61 €
				Montant du remboursement	252,83 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167156 - 167160		Tige standard fémorale ou tibiale, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :	I.E.h	Liste Nom.	34065		
Base de remboursement	347,03 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	52,05 €
				Montant du remboursement	294,98 €
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167171 - 167182		Tige offset, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34066	
Base de remboursement		555,23 €	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum		/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	83,28 €
				Montant du remboursement	471,95 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167193 - 167204		Tige offset, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34067	
Base de remboursement	555,23 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	83,28 €
				Montant du remboursement	471,95 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167215 - 167226		Tige pour une prothèse à charnière, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34068	
Base de remboursement	670,71 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	100,60 €
				Montant du remboursement	570,11 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167230 - 167241		Tige pour une prothèse à charnière, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement			
Catégorie de remboursement :		I.E.h	Liste Nom.	34069	
Base de remboursement	816,52 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	122,47 €
				Montant du remboursement	694,05 €
Conditions de remboursement :		L-§09			

L.2.2.2.7 Accessoires pour prothèses de genou

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167252 - 167263		Coin ou cale fémorale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce			
Catégorie de remboursement :		I.D.h			
Base de remboursement	297,44 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	44,61 €
				Montant du remboursement	252,83 €

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
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.D.h			
Base de remboursement	297,44 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	44,61 €
				Montant du remboursement	252,83 €

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167296 - 167300		Coin ou cale tibiale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce			
Catégorie de remboursement :		I.D.h			
Base de remboursement	366,85 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	55,02 €
				Montant du remboursement	311,83 €

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
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.D.h			
Base de remboursement	366,85 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	55,02 €
				Montant du remboursement	311,83 €

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167333 - 167344		Manchon tibial ou fémoral pour placement avec ciment, par pièce			
Catégorie de remboursement :		I.D.h			
Base de remboursement	525,50 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	78,82 €
				Montant du remboursement	446,68 €

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167355 - 167366		Manchon tibial ou fémoral, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce			
Catégorie de remboursement :		I.D.h			
Base de remboursement	951,83 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	142,77 €
				Montant du remboursement	809,06 €

Date dernière modification : 1/01/2026		Date première publication : 1/07/2014		CHANGE	
167370 - 167381		Vis osseuse, maximum quatre pièces, par pièce			
Catégorie de remboursement :		I.D.g			
Base de remboursement	37,45 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	10,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	3,74 €
				Montant du remboursement	33,71 €

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/01/2026

Date première publication : 1/07/2014

CHANGE

167392 - 167403	Plug osseux, maximum deux pièces, par pièce			
Catégorie de remboursement :	I.D.h			
Base de remboursement	148,71 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 15,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) 22,30 €
				Montant du remboursement 126,41 €

Conditions de remboursement

L-508

Prestations liées

164452	164463
164496	164500
164555	164566
166154	166165
166272	166283
166316	166320
166471	166482
166596	166600
166714	166725
166751	166762
166832	166843
166935	166946

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

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

3.1. Définition

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

3.2.Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

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
167716	167720
171113	171124
171135	171146
171150	171161
172535	172546
183035	183046
183050	183061
183072	183083
183094	183105
183116	183120
183131	183142
183153	183164
183175	183186
183190	183201
183212	183223
183234	183245
183256	183260
183271	183282
183293	183304
183315	183326
183330	183341
183352	183363
183374	183385
183396	183400

183411	183422
183433	183444
183455	183466
183470	183481
183492	183503
183514	183525
183536	183540
183551	183562
183573	183584
185872	185883
185894	185905
185916	185920
185931	185942
185953	185964
185975	185986
185990	186001
186130	186141
186152	186163
186174	186185
186196	186200
186211	186222
186233	186244
186255	186266
186270	186281
186292	186303
186351	186362
186373	186384
186395	186406
186410	186421
186432	186443
186454	186465
186476	186480

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux prothèses articulaires du genou et de la hanche, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

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

l'application en ligne.

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

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

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

7. Traitement des données

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

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

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

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

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

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

8. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de surface pour 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