

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

B. Neurochirurgie

B.4 Valves d'hydrocéphalie et systèmes de drainage

B.4.5 Systèmes de drainage externe

Date dernière modification : 1/03/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

152552 - 152563

Système de drainage ventriculaire externe, pour l'ensemble des éléments constitutifs : cathéter de drainage ventriculaire, système de monitoring manuel ou électronique du liquide céphalo-rachidien, y compris les lignes de pression avec clapet anti-retour, la burette graduée, les connecteurs et le système de collecte

Catégorie de remboursement :

II.B.a

Base de remboursement	144,76 €	Marge de sécurité (%)	33,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	192,53 €	Marge de sécurité (€)	47,77 €	Intervention personnelle (€)	0,00 €
					Montant du remboursement
					144,76 €

Date dernière modification : 1/03/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

152574 - 152585

Système de drainage ventriculaire externe, pour l'ensemble des éléments constitutifs : cathéter de drainage ventriculaire imprégné ou imprégnable avec un antibiotique, système de monitoring manuel ou électronique du liquide céphalo-rachidien, y compris les lignes de pression avec clapet anti-retour, la burette graduée, les connecteurs et le système de collecte

Catégorie de remboursement :

II.B.a

Base de remboursement	144,76 €	Marge de sécurité (%)	100,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	289,52 €	Marge de sécurité (€)	144,76 €	Intervention personnelle (€)	0,00 €
					Montant du remboursement
					144,76 €

C. Oto-rhino-laryngologie

C.3 Intervention sur le larynx/la trachée

C.3.3 Tuteurs et canules

Date dernière modification : 1/03/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

153893 - 153904

Canule trachéale comprenant une extension distale ou proximale, y compris les accessoires, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	81,86 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	20,46 €
				Montant du remboursement	61,40 €

Conditions de remboursement : C-§06

Date dernière modification : 1/03/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

- 153926

Une ou plusieurs canule(s) trachéale(s) en matière synthétique de taille identique, y compris les accessoires, quelque soit la technique de placement, pour l'ensemble du matériel

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	92,10 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	23,02 €
				Montant du remboursement	69,08 €

Conditions de remboursement : C-§06

Date dernière modification : 1/03/2026

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

153930 -

Canule trachéale sans extension distale ou proximale : avec ou sans ballon, fenestrée ou non, armée ou non, y compris les accessoires (canule interne, brosse, obturateur, bouchon), par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	46,05 €	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	11,51 €
				Montant du remboursement	34,54 €

Conditions de remboursement : C-§06

Conditions de remboursement

C-§06

Prestations liées

153926

153893

153904

153930

153952

153963

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les canules trachéales avec collerette ajustable peuvent être attestées sous la prestation 153893-153904.

Les canules trachéales utilisées en per-opératoire ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire.

La prestation 153893-153904 peut être attestée au maximum quatre fois par année calendrier.

La prestation 153926 peut être attestée au maximum deux fois par hospitalisation et pour autant que la seconde série de canules ne soit pas de la même taille que celles comprises dans la première série.

La prestation 153930 peut être attestée au maximum quatre fois par année calendrier.

La prestation 153952-153963 ne peut être attestée qu'une seule fois par année calendrier.

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application