

## 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.1 Pompes et accessoires

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**150835 - 150846**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.479,89 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**150850 - 150861**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.479,89 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10*

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**150872 - 150883**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.479,89 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10*

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**150894 - 150905**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.986,20 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10*

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**150916 - 150920**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.986,20 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**150931 - 150942**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.986,20 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10*

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**150953 - 150964**

Cathéter pour pompe implantable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30401

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*322,07 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01,B-§10*

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**150975 - 150986**

Programmateur patient pour pompe implantable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30402

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*716,80 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01,B-§10*

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**150990 - 151001**

Cathéter en cas de test négatif

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30401

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*322,07 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01,B-§10*

## B. Neurochirurgie

### B.2 Neurostimulateurs et accessoires

#### B.2.1 Neurostimulateurs et accessoires en cas de douleurs neurogènes

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

##### 151012 - 151023

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30501

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.266,74 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

##### 151034 - 151045

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30502

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

##### 151056 - 151060

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30501

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.266,74 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

##### 151071 - 151082

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30501

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.266,74 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

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

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**151093 - 151104**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30502

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§02,B-§10*

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**151115 - 151126**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30502

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§02,B-§10*

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**151130 - 151141**

Premier neurostimulateur rechargeable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30601

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§02,B-§10*

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**151152 - 151163**

Neurostimulateur de remplacement rechargeable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30601

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§02,B-§10*

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**151174 - 151185**

Neurostimulateur de remplacement rechargeable, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30601

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§02,B-§10*

## B. Neurochirurgie

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

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173014 - 173025**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.800,09 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173036 - 173040**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35702

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.900,04 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173051 - 173062**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.800,09 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173073 - 173084**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.800,09 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173095 - 173106**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35702

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.900,04 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173110 - 173121**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35702

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.900,04 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173132 - 173143**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35703

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173176 - 173180**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35703

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173191 - 173202**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35703

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173250 - 173261**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173294 - 173305**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173316 - 173320**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :** B-§11

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173375 - 173386**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35705

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.305,42 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173412 - 173423**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35705

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.305,42 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173434 - 173445**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35706

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

264,87 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173456 - 173460**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35706

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

264,87 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173471 - 173482**

Programmeur patient pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35707

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*578,22 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§11*

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173493 - 173504**

Programmeur patient de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35707

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*578,22 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§11*

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173515 - 173526**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35708

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§11*

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173530 - 173541**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35708

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§11*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**173390 - 173401**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35705

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.305,42 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183654 - 183665**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183676 - 183680**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183691 - 183702**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :** B-§11

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183713 - 183724**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183735 - 183746**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183750 - 183761**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183772 - 183783**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183794 - 183805**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183816 - 183820**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183831 - 183842**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183853 - 183864**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :**

B-§11

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183875 - 183886**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183890 - 183901**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183912 - 183923**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183934 - 183945**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :**

B-§11

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183956 - 183960**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

Base de remboursement

CMD

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

CMD

**Conditions de remboursement :**

B-§11

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2022

**CHANGE**

**183971 - 183982**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

Liste Nom.

35708

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

1.485,75 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

B-§11

### B.4 Valves d'hydrocéphalie et systèmes de drainage

#### B.4.2 Valves d'hydrocéphalie réglables utilisées dans les indications prévues au B-§ 4

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**152176 - 152180**

Valve réglable sans système anti-siphon et sans cathéters utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

Liste Nom.

31007

Base de remboursement

1.247,32 €

Marge de sécurité (%) 10,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.372,05 €

Marge de sécurité (€) 124,73 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.247,32 €

**Conditions de remboursement :**

B-§04

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**152191 - 152202**

Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

Liste Nom.

31008

Base de remboursement

1.357,37 €

Marge de sécurité (%) 10,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

1.493,10 €

Marge de sécurité (€) 135,73 €

Intervention personnelle (€)

0,00 €

Montant du remboursement

1.357,37 €

**Conditions de remboursement :**

B-§04

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**152213 - 152224**

Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31009

*Base de remboursement*

1.301,84 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.432,02 €

*Marge de sécurité (€)*

130,18 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.301,84 €

**Conditions de remboursement :**

B-§04

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**152235 - 152246**

Valve réglable avec système anti-siphon et sans cathéters utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31010

*Base de remboursement*

1.487,26 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.635,98 €

*Marge de sécurité (€)*

148,72 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.487,26 €

**Conditions de remboursement :**

B-§04

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**152250 - 152261**

Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31011

*Base de remboursement*

1.597,32 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.757,05 €

*Marge de sécurité (€)*

159,73 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.597,32 €

**Conditions de remboursement :**

B-§04

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**152272 - 152283**

Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31012

*Base de remboursement*

1.541,79 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.695,96 €

*Marge de sécurité (€)*

154,17 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.541,79 €

**Conditions de remboursement :**

B-§04

# Conditions de remboursement

B-§01

## Prestations liées

150710 150721

150732 150743

150754 150765

150776 150780

150791 150802

150813 150824

150953 150964

150975 150986

150990 151001

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux pompes implantables en cas de spasticité et/ou dystonie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150732-150743, 150791-150802, 150754-150765, 150813-150824, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier doit garantir une permanence en neurochirurgie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels avec la pompe.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150732-150743, 150791-150802, 150754-150765, 150813-150824, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire souffre d'une forme importante de spasticité et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle et il a subi une période d'essai d'au moins cinq jours avec résultat positif.

L'implantation d'une pompe pour l'administration d'un agent antispasmodique à action centrale constitue la seule alternative thérapeutique.

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

4.1.1. Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150953-150964 et 150975-150986 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié établi par le médecin spécialiste en neurologie ou neurochirurgie.

#### **4.1.2. Pour la prestation 150990-151001 :**

Le cathéter utilisé pour la stimulation d'essai dans le cadre des indications décrites au point 2 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si :

- les résultats de l'essai effectué durant au moins cinq jours se sont révélés négatifs

et

- tous les autres critères de remboursement repris aux points 1 et 2 susvisés sont réalisés.

#### **4.2. Remplacement**

Pas d'obligation administrative.

#### **4.3 Remplacement anticipé**

Pas d'obligation administrative.

#### **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150732-150743 ou 150791-150802 ne peut être accordée qu'après un délai de trois ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 150710-150721 ou 150776-150780 ou 150732-150743 ou 150791-150802 ou 150754-150765 ou 150813-150824.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150710-150721 ou 150732-150743 exclut, pendant une période de trois ans prenant cours à partir de la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150776-150780 ou 150791-150802, et inversement.

#### **5.2. Autres règles**

Pas d'application.

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Traitement des données**

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement B-§01 sont celles mentionnées au point 4.1. et

conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, alinéa1, 1° de la loi.

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

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

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

## **8. Divers**

Pas d'application.

## Prestations liées

151012	151023
151034	151045
151056	151060
151071	151082
151093	151104
151115	151126
151130	151141
151152	151163
151174	151185
151196	151200
151211	151222
151233	151244
151255	151266
151351	151362
151432	151443
171835	171846
171850	171861
171872	171883
171894	171905

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs en cas de failed back surgery syndrome (FBSS) réfractaire ou de failed neck surgery syndrome (FNSS) réfractaire pour un bénéficiaire avec un syndrome douloureux neuropathique démontré, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 151351-151362, 151432-151443, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883 et 171894-171905, ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'intervention chirurgicale mentionnée en 2.2. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d'un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d'un médecin spécialiste en neurochirurgie et qui assure un service de garde permanent permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels du neurostimulateur.

L'établissement hospitalier doit disposer d'un Centre Multidisciplinaire de la Douleur reconnu (CMD - reconnu par les autorités ayant la Santé publique dans leurs attributions) ou d'une Equipe Algologique Multidisciplinaire reconnue (EAM - Le financement est réglé par l'autorité ayant la Santé publique dans ses attributions).

L'équipe multidisciplinaire responsable de la pose de l'indication, du screening, de l'implantation et du suivi à long terme du traitement est composée d'un neurochirurgien, d'un anesthésiste algologue, un spécialiste en médecine physique et réadaptation, d'un psychologue de la douleur et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre algologue ou d'un neurologue.

L'établissement hospitalier qui implante un neurostimulateur et ne dispose pas d'un centre multidisciplinaire de la douleur reconnu (CMD) doit avoir conclu un accord de coopération avec un ou plusieurs centres multidisciplinaires de la douleur reconnus.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 151351-151362, 151432-151443, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883 et 171894-171905 ne peuvent faire l'objet d'une

intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

**2.1.** L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cet engagement doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement et du suivi obligatoire du traitement après implantation.

## **2.2. Indications**

L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151351-151362, 151432-151443, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883, et 171894-171905 doit être pratiquée pour le traitement d'un failed back surgery syndrome (FBSS) réfractaire ou d'un failed neck surgery syndrome (FNSS) réfractaire, pour un bénéficiaire avec un syndrome de la douleur neuropathique démontré, qui n'a pas réagi ou insuffisamment à un traitement multimodal pharmacologique et invasif de la douleur ou dont ce traitement n'a pas été supporté par le bénéficiaire. Le traitement est réalisé par stimulation électrique tonique intracérébrale, ou par stimulation électrique tonique ou burst des cordons postérieurs de la moelle épinière, après exclusion de toutes les autres cibles.

Les deux situations suivantes entrent en ligne de compte pour l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable:

- les bénéficiaires nécessitant un niveau élevé de stimulation se traduisant par un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5V ou 4,7mA à l'issue de la phase de test de stimulation.

ou

- les bénéficiaires chez qui un neurostimulateur prévu sous la prestation 151012-151023 ou 151034-151045 ou 151071-151082 ou 151056-151060 ou 151093-151104 ou 151115-151126 a déjà été implanté et qui nécessitent un remplacement pour « end of life » dans les deux ans suivant l'implantation.

## **3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151233-151244 et 151255-151266 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

### **3.1 Définition**

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, au moyen d'une ou plusieurs extensions si nécessaire.

La neurostimulation tonique est réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La neurostimulation burst consiste en un groupe d'impulsions se succédant rapidement, suivie d'une période sans impulsion, avant que le groupe d'impulsions soit répété.

### **3.2. Critères**

Tout nouveau dispositif ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1., doit faire l'objet d'une demande d'inscription sur la Liste.

Pour toute nouvelle inscription sur la liste nominative, le demandeur doit démontrer que le système de neurostimulation correspond à la définition reprise au point 3.1. et prouver que les seuls modes de programmation de la stimulation accessibles au bénéficiaire et à l'équipe multidisciplinaire responsable de l'implantation, seront ceux déjà pris en charge par l'assurance obligatoire.

### **3.3. Conditions de garantie**

#### **3.3.1 Neurostimulateurs non rechargeables :**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151012-151023 ou 151034-151045, une garantie en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de vingt-quatre mois.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104 et 151115-151126, une garantie totale de vingt-quatre mois doit être donnée. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

#### **3.3.2. Neurostimulateurs rechargeables :**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151233-

151244 et 151255-151266, une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables: une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata. Pour le chargeur, une garantie totale de neuf ans est exigée.

#### 4. Procédure de demande et formulaires

L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après que le formulaire B-Form-I-16 ait été dûment complété via le registre interactif en ligne. Toutes les demandes doivent être examinées et validées pendant une concertation algologique multidisciplinaire (CAM) en collaboration avec un CMD reconnu pour ensuite être téléchargées dans le registre interactif.

À cette concertation algologique multidisciplinaire doivent être présents au minimum l'algologue anesthésiste traitant, le psychologue de la douleur traitant, le neurochirurgien ou chirurgien orthopédiste traitant ayant une expérience particulière en chirurgie du dos et le spécialiste en médecine physique et réadaptation traitant.

Le médecin généraliste du bénéficiaire, le praticien de l'art infirmier spécialiste de la douleur et d'autres dispensateurs de soins peuvent également être présents à cette CAM.

Le médecin conseil, le spécialiste en médecine physique et réadaptation, l'assistant social, le pharmacologue clinicien, le psychiatre ou tout autre personne concernée peuvent également participer à cette CAM.

L'indication doit être posée dans un établissement hospitalier qui satisfait aux critères du point 1.

##### 4.1. Première implantation

**4.1.1.** Pour les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151130-151141, 151196-151200, 151233-151244, 171835-171846, 151351-151362, 171894-171905 dans les indications reprises sous 2.2.:

La notification au médecin-conseil se fait en téléchargeant un rapport multidisciplinaire circonstancié validé dans le registre interactif avec une notification automatique au médecin-conseil. Ce rapport multidisciplinaire renferme une analyse du bilan médical du syndrome de la douleur neuropathique ainsi que le bilan psychologique approfondi (avant le traitement d'essai et à la fin du traitement d'essai) et les données objectives collectées pendant la thérapie d'essai qui doit compter au moins vingt-et-un jours. Le rapport médical circonstancié est également validé et signé par le coordinateur médical du CMD coordonnant.

Toutes les données de base du bilan médical et psychologique et les données de suivi collectées pendant le traitement d'essai doivent être présentes sous forme originale et consultables à tout moment dans le registre interactif.

Le rapport circonstancié doit comporter au minimum les éléments suivants :

- les résultats du bilan médical avant la thérapie d'essai composé au moins des éléments suivants:

- a) antécédents médicaux et chirurgicaux;
- b) distribution anatomique de la douleur (concordance avec le dermatome de l'opération précédente);
- c) évaluation nociceptive avec une évaluation de la qualité des douleurs neuropathiques, un examen sensoriel en utilisant au moins le pin prick test et un toucher léger (brush);
- d) il est démontré que les douleurs du bénéficiaire sont réfractaires au traitement conservateur maximal (pharmacologique et interventionnel);
- e) le bénéficiaire présente sur une base journalière une intensité moyenne de la douleur de = 4/10 (NRS - Numeric Rating Scale);
- f) les éléments médicaux démontrent que le traitement de fond actuel résulte en une analgésie insuffisante et/ou un nombre trop important d'effets secondaires.

- les résultats du bilan psychologique avant la thérapie d'essai (qui se compose d'au moins 2 consultations et dont les résultats sont reproduits dans un rapport psychologique séparé) contenant au moins les éléments suivants :

- a) Exclusion de la présence éventuelle de red flags et identification de la présence éventuelle de yellow flags;
- b) Symptom checklist (SCL-90 revised);
- c) Pain Coping Inventory (PCI);
- d) Illness Attitude Scale (IAS);
- e) Attitude face à la réactivation ou la participation active au changement dans la situation de vie;
- f) Evaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire pendant la durée de l'évaluation psychologique (entre les 2 moments de consultation):

i. Ressenti de la douleur et activités en tenant un carnet de bord (intensité de la douleur au moyen de la NRS au repos et en mouvement);

ii. Qualité du repos nocturne (NRS);

iii. Attitude face aux traitements médicaux, à la médication et à l'usage de médicaments (analgésiques) au moyen du score MQS.

Une évaluation psychiatrique n'est nécessaire que s'il est question de la présence de red flags et si nécessaire sur la base des résultats de l'évaluation psychologique.

- les résultats d'une thérapie d'essai (il s'agit de stimulation électrique tonique intracérébrale, de stimulation électrique tonique ou burst des cordons postérieurs de la moelle épinière, et à l'exception de toutes autres cibles) réalisée pendant une période de vingt-et-un jours au moins;

- l'évaluation de cette thérapie d'essai doit être faite selon des critères standardisés et est jugée en fonction des éléments suivants :

a) douleur - présentation quotidienne de la douleur ressentie au repos et en mouvement au moyen de la NRS pendant la durée complète de la période d'essai (enregistrement dans le registre interactif);

b) la mesure d'amélioration de l'état clinique du bénéficiaire au moyen du Global Perceived Effect (GPE-DV);

c) la Symptom Checklist (SCL-90 revised) comme mesure du fonctionnement psychique général du bénéficiaire ;

d) qualité du repos nocturne (NRS ou mesure objective avec enregistrement quotidien dans le registre interactif);

e) usage de médicaments (score MQS);

f) évaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire, avec participation active au changement dans la situation de vie grâce à la fixation d'activités quotidiennes (au moyen de l'échelle de Katz et/ou la présentation téléométrique du niveau d'activité du bénéficiaire).

La thérapie d'essai peut être considérée comme positive après au moins vingt-et-un lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément :

- diminution d'au moins 50 % de la douleur (NRS au repos et en mouvement);

et

- amélioration de la qualité du repos nocturne tel que mesuré au moyen du score NRS quotidien pendant la durée de la période d'essai ou au moyen d'une mesure téléométrique;

et

- diminution du score MQS grâce à une diminution de la médication analgésique (réduction des doses, retour à des analgésiques mineurs ou suppression de la médication);

et

- au moins un score d'une nette amélioration et d'une grande satisfaction dans le questionnaire GPE-DV;

et

- une amélioration du sentiment de mal-être psycho-neuro-somatique général comme mesuré au moyen du questionnaire SCL 90 revised;

et

- une amélioration du statut fonctionnel global du bénéficiaire (au moyen de l'échelle de Katz et/ou d'un suivi téléométrique).

**4.1.2.** Pour la prestation 171850-171861 ou 151432-151443 dans les indications reprises sous 2.2.:

L'électrode utilisée pour la stimulation d'essai peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire après notification au médecin-conseil via le registre interactif pour autant :

- que les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins vingt-et-un jours se soient révélés négatifs ou après une interruption prématurée pour une raison médicale (infection, etc.) ;

- et que tous les autres critères de remboursement repris sous les points 1. et 2. susvisés soient réalisés.

## **4.2. Remplacement**

Les prestations 151056-151060 ou 151093-151104 ou 171835-171846 ou 171872-171883 ou 151351-151362 ou 171894-171905 ou 151152-151163 ou 151211-151222 ou 151255-151266 ou 171835-171846 ou 171872-171883 ou 151351-151362 ou 171894-171905 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire :

**4.2.1.** Pour les bénéficiaires qui satisfont à tous les critères de l'indication visés au point 2. après la notification au médecin-conseil via le registre interactif avec une notification automatique :

La notification s'effectue en téléchargeant un rapport médical qui doit être examiné et validé pendant une concertation algologique multidisciplinaire avec un CMD reconnu .

**4.2.2.** Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la (nouvelle) procédure [date] visée au point 4.1. et qui ne satisfaisaient pas à tous les critères de l'indication avant l'implantation visés au point 2.:

La première demande pour un neurostimulateur de remplacement doit être envoyée via le registre interactif à l'Organe Consultatif National (OCN). Cette demande se fait en téléchargeant un rapport médical circonstancié qui doit être examiné et validé pendant une concertation algologique multidisciplinaire avec un CMD reconnu. Le médecin-conseil reçoit ensuite une demande pour son bénéficiaire via le registre interactif.

Les membres de l'Organe Consultatif National se composent de représentants de la Belgian Pain Society (BPS), de la Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor pijnbestrijding (VAVP), du Groupe Régional Interdisciplinaire Douleur (GRID), de la Benelux Neuromodulation Society (BNS), de la Belgische vereniging voor stereotactische en functionele neurochirurgie (BSSFN) et de la Spine Society Belgium (SSBe).. Le président est un membre de la BPS.

L'Organe Consultatif National se compose d'anesthésistes algologues (5), de psychologues de la douleur (2) et de neurochirurgiens ou chirurgiens orthopédistes ayant une expérience particulière en chirurgie du dos (3) et d'un algologue psychiatre ou d'un neuropsychiatre ou d'un neurologue ou d'un spécialiste en médecine physique et réadaptation qui travaillent dans une équipe algologique multidisciplinaire (EAM) ou un centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) répartis sur l'ensemble du pays. Afin de se réunir valablement, au moins 6 membres doivent être présents, dont au moins 3 anesthésistes algologues, 1 psychologue de la douleur et 1 neurochirurgien ou chirurgien orthopédiste ayant une expérience particulière en chirurgie du dos.

L'OCN se réunit au moins 6 fois par an. Si nécessaire, le nombre de réunions peut toutefois être augmenté.

L'OCN doit examiner la demande du centre de la douleur multidisciplinaire reconnu dans les deux mois. L'OCN informe l'équipe algologique traitante de sorte qu'elle puisse la défendre. Pendant l'examen des dossiers qui entrent en ligne de compte pour une intervention pour neurostimulation, un ou plusieurs membres du Collège des médecins-directeurs ou un médecin-conseil, des médecins membres de la CRIDMI et des représentants de l'INAMI peuvent toujours être présents

Au moins la moitié des membres présents +1 dont minimum 2 anesthésistes algologues ou neurologues algologues et 1 psychologue de la douleur de l'OCN doivent marquer leur accord.

À cet effet, l'OCN envoie sa conclusion argumentée (accord - refus - report) via le registre interactif au médecin-conseil.

Le médecin-conseil prend la décision d'accorder une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé sur la base de l'avis de l'OCN et pour chaque bénéficiaire séparément.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis de l'OCN. Cette décision est communiquée via le registre interactif à l'équipe algologique concernée, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

**4.2.3.** Pour les bénéficiaires qui ont reçu une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur de remplacement selon la procédure décrite au point 4.2.2., un remboursement pour un nouveau remplacement d'un neurostimulateur et accessoires peut être octroyé selon les modalités prévues au point 4.2.1.

### **4.3. Remplacement prématuré**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 151071-151082 ou 151115-151126 pour un remplacement prématuré, c'est-à-dire avant le délai de vingt-quatre mois pour les neurostimulateurs non-rechargeables peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

Une intervention de l'assurance obligatoire, dans le délai de neuf ans, pour le remplacement prématuré d'un neurostimulateur rechargeable (151174-151185) peut être autorisée selon les modalités prévues au point 4.2.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

### **4.4. Suivi du traitement après implantation**

Le bénéficiaire qui a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur depuis l'entrée en vigueur du nouveau système doit être évalué et suivi au moins deux fois par année civile par l'équipe algologique multidisciplinaire traitante afin de conserver une relation thérapeutique.

Pour ce faire, le bénéficiaire doit signer au début de la procédure de demande un contrat de suivi avec l'EAM ou le CMD

traitant.

Le suivi du traitement du bénéficiaire est enregistré via le formulaire B-Form-I-16 du registre interactif.

#### **4.5. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 exclut, pendant une période de six mois prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920 ou 150931-150942 et inversement. Pour les bénéficiaires cumulant un neurostimulateur et une pompe, cette règle ne s'applique pas pour le remplacement, endéans la période de 6 mois, du dispositif préalablement implanté et visé par ces prestations.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185, exclut, pendant une période de neuf ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126 et 151152-151163.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174532-174543 exclut, pendant une période d'un an prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 et inversement. Pour les bénéficiaires cumulant un neurostimulateur et une pompe, cette règle ne s'applique pas pour le remplacement, endéans la période de 6 mois, du dispositif préalablement implanté et visé par ces prestations.

#### **5.2 Autres règles**

Les prestations 151012-151023, 151034-151045 et 151130-151141 ne peuvent être attestées qu'une seule fois.

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Les modalités d'enregistrement des données visées au point 4. ainsi que les modalités de transmission de ces données à Healthdata, aux établissements hospitaliers implanteurs et à la Commission, sont établies par Healthdata, la Belgian Pain Society et le Service des soins de santé.

Les établissements hospitaliers implanteurs et la Belgian Pain Society feront tous les 3 ans une évaluation des données collectées et une analyse de la littérature récente avec rapport à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

### **7. Divers**

Pas d'application.

**Prestations liées****152176 152180****152191 152202****152213 152224****152235 152246****152250 152261****152272 152283**

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

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 152176-152180, 152191-152202, 152213-152224, 152235-152246, 152250-152261 et 152272-152283 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants :

**2.1. Indications:**

- complications liées au drainage (over-drainage) : "slit-ventricule syndrome" prouvé par CT ;

ou

- pseudo-tumor cerebri ;

ou

- hydrocéphalie normo-tensive ;

ou

- nourrisson ;

ou

- kystes cérébraux non-tumoraux ;

ou

- remplacement d'une valve réglable qui a fait antérieurement l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire selon ces mêmes critères.

**3. Critères concernant le dispositif****3.1. Définition**

Pas d'application.

**3.2. Critères**

Pas d'application.

### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application.

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation / Première utilisation**

Pas d'obligation administrative.

### **4.2. Remplacement**

Pas d'obligation administrative.

### **4.3. Remplacement anticipé**

Pas d'obligation administrative.

### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'obligation administrative.

### **4.5. Suivi du traitement après implantation**

Pas d'application.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application.

### **5.2 Autres règles**

Pas d'application.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Traitement des données**

Pas d'application.

## **8. Divers**

Pas d'application.

**Prestations liées**

<b>150835</b>	<b>150846</b>
<b>150850</b>	<b>150861</b>
<b>150872</b>	<b>150883</b>
<b>150894</b>	<b>150905</b>
<b>150916</b>	<b>150920</b>
<b>150931</b>	<b>150942</b>
<b>150953</b>	<b>150964</b>
<b>150975</b>	<b>150986</b>
<b>150990</b>	<b>151001</b>
<b>151012</b>	<b>151023</b>
<b>151034</b>	<b>151045</b>
<b>151056</b>	<b>151060</b>
<b>151071</b>	<b>151082</b>
<b>151093</b>	<b>151104</b>
<b>151115</b>	<b>151126</b>
<b>151130</b>	<b>151141</b>
<b>151152</b>	<b>151163</b>
<b>151174</b>	<b>151185</b>

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux pompes en cas de douleurs neurogènes, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Les prestations 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

L'établissement hospitalier doit garantir une permanence en neurochirurgie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels avec la pompe.

L'établissement hospitalier, dans lequel se déroulent la pose de l'indication et l'implantation, dispose d'une équipe multidisciplinaire composée :

- pour l'implantation mentionnée en 2.1.2. A) d'un neurochirurgien, d'un neurologue ou d'un anesthésiste et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre ;
- pour l'implantation mentionnée en 2.1.2. B), d'un neurochirurgien, d'un interniste et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le

bénéficiaire répond aux critères suivants :

## 2.1. Critères d'inclusion

2.1.1. L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation de la pompe ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

### 2.1.2. Indications

A) Le bénéficiaire est atteint du syndrome de douleurs neurogènes de longue durée, d'origine centrale ou médullaire ou radiculaire ou secondaire à une lésion traumatique d'un nerf périphérique, réfractaires au traitement chirurgical et/ou pharmacothérapeutique.

Ou

B) Le bénéficiaire présente une douleur consécutive à une pancréatite chronique pour laquelle le traitement pharmacologique courant n'a pas donné de résultat favorable ou a entraîné des effets secondaires sérieux.

## 3. Critères concernant le dispositif

### 3.1. Définition

Pas d'application.

### 3.2. Critères

Pas d'application.

### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. Première implantation / Première utilisation

4.1.1. Les prestations 150835-150846, 150894-150905, 150953-150964, 150975-150986 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin conseil, après implantation, sur base du formulaire B-Form-I-01, introduit par le médecin spécialiste implanteur.

Une thérapie d'essai doit être réalisée pendant une période de vingt-huit jours, dont quatorze jours au moins se passent extra-muros, au domicile du bénéficiaire.

La thérapie d'essai peut être considérée comme positive lorsque, par rapport à l'évaluation multidisciplinaire réalisée avant la thérapie d'essai, les conditions suivantes sont remplies :

- diminution d'au moins 50 % de la douleur;

et

- réduction manifeste de la médication (réduction des doses, retour à une médication de type analgésiques mineurs ou

suppression de la médication);

et

- amélioration significative dans les scores "activités de la vie journalière" et "qualité de vie".

#### **4.1.2. Pour la prestation 150990-151001 :**

Le cathéter utilisé pour la thérapie d'essai dans le cadre des indications décrites au point 2 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si :

- les résultats de la thérapie d'essai effectuée durant au moins vingt-huit jours se soient révélés négatifs

et

- tous les autres critères de remboursement repris aux points 1. et 2. susvisés soient réalisés.

#### **4.2. Remplacement**

Pas d'obligation administrative.

#### **4.3. Remplacement anticipé**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150872-150883 ou 150931-150942 pour un remplacement anticipé, c'est-à-dire avant le délai de trois ans repris au point 5.1., peut être accordée par le médecin conseil sur la base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement anticipé de la pompe.

Une intervention de l'assurance obligatoire (prestations 150872-150883 ou 150931-150942), dans le délai de trois ans, pour le remplacement anticipé d'une pompe programmable (150835-150846 ou 150850-150861) par une pompe à débit constant (150894-150905 ou 150916-150920), et inversement, peut être accordée par le médecin-conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement anticipé.

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

#### **4.5. Suivi du traitement après implantation**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 exclut, pendant une période de six mois prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920 ou 150931-150942 et inversement.

Pour les patients cumulant un neurostimulateur et une pompe, cette règle ne s'applique pas pour le remplacement, endéans la période de 6 mois, du dispositif préalablement implanté et visé par ces prestations.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150850-150861 ou 150916-150920 ne peut être accordée qu'après un délai de trois ans à compter à partir de la date de l'implantation de la prestation 150835-150846 ou 150894-150905 ou 150850-150861 ou 150872-150883 ou 150916-150920 ou 150931-150942.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861 ou 150872-150883 exclut, pendant une période de trois ans, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150894-150905, 150916-150920 ou 150931-150942, et inversement.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174532-174543 exclut, pendant une période d'un an prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 et inversement. Pour les bénéficiaires cumulant un neurostimulateur et une pompe, cette règle ne s'applique pas pour le remplacement, endéans la période de 6 mois, du dispositif préalablement implanté et visé par ces prestations.

## **5.2 Autres règles**

Pas d'application.

## **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Traitement des données**

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement B-§10 sont celles mentionnées aux points 4.1., 4.3. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, alinéa1, 1° de la loi.

Le traitement des données est effectué comme mentionné à l'art. 35 septies/10, 1°, 2° et 3° de la loi.

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

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

## **8. Divers**

Pas d'application.

**Prestations liées**

<b>173014</b>	<b>173025</b>
<b>173036</b>	<b>173040</b>
<b>173051</b>	<b>173062</b>
<b>173073</b>	<b>173084</b>
<b>173095</b>	<b>173106</b>
<b>173110</b>	<b>173121</b>
<b>173132</b>	<b>173143</b>
<b>173176</b>	<b>173180</b>
<b>173191</b>	<b>173202</b>
<b>173250</b>	<b>173261</b>
<b>173294</b>	<b>173305</b>
<b>173316</b>	<b>173320</b>
<b>173375</b>	<b>173386</b>
<b>173390</b>	<b>173401</b>
<b>173412</b>	<b>173423</b>
<b>173434</b>	<b>173445</b>
<b>173456</b>	<b>173460</b>
<b>173471</b>	<b>173482</b>
<b>173493</b>	<b>173504</b>
<b>173515</b>	<b>173526</b>
<b>173530</b>	<b>173541</b>
<b>183654</b>	<b>183665</b>
<b>183676</b>	<b>183680</b>
<b>183691</b>	<b>183702</b>
<b>183713</b>	<b>183724</b>
<b>183735</b>	<b>183746</b>
<b>183750</b>	<b>183761</b>
<b>183772</b>	<b>183783</b>
<b>183794</b>	<b>183805</b>
<b>183816</b>	<b>183820</b>
<b>183831</b>	<b>183842</b>
<b>183853</b>	<b>183864</b>
<b>183875</b>	<b>183886</b>
<b>183890</b>	<b>183901</b>
<b>183912</b>	<b>183923</b>
<b>183934</b>	<b>183945</b>
<b>183956</b>	<b>183960</b>
<b>183971</b>	<b>183982</b>

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde (DBS) en cas de trouble obsessionnel compulsif, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

## 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

**1.1.** L'établissement hospitalier doit garantir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

L'établissement hospitalier, dans lequel se déroulent la pose de l'indication et l'implantation, dispose d'une équipe multidisciplinaire de traitement des troubles obsessionnels compulsifs (équipe TOC) composée d'au moins 1 neurochirurgien et d'au moins 2 psychiatres.

L'équipe multidisciplinaire a une expérience tant sur le plan chirurgical, y compris concernant la stimulation cérébrale profonde, que psychiatrique pour le traitement des troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

L'expertise des psychiatres doit être démontrée par la mise à disposition d'un aperçu des publications scientifiques dans des revues peer-reviewed, des lectures lors de congrès ou des preuves de la participation à des formations pertinentes qui démontrent l'expertise dans le domaine de la prise en charge de patient avec des TOC.

### 1.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire B-Form-II-03 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes qui peuvent attester les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et médecins spécialistes ; les prestations susmentionnées ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date.

Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

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

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères, l'établissement hospitalier est supprimé de cette liste. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire B-Form-II-03 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire B-Form-II-03 mis à jour.

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

### 2.1. Critères d'inclusion

1. Le tableau clinique du bénéficiaire doit répondre aux TOC selon les critères DSM-5 et cela doit être le diagnostic principal.
2. Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation.
3. L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires (ou éventuellement leur représentant légal) clairement capables de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte.

Cette déclaration doit reprendre les avantages et inconvénients du traitement, les risques et l'obligation de suivi après implantation.

4. Le questionnaire validé standardisé/l'interview doit démontrer que le bénéficiaire satisfait aux critères de TOC. Toutes les obsessions et compulsions présentes sont répertoriées sur la Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), et les bénéficiaires doivent obtenir un score minimum de 30/40 en ce qui concerne la gravité si on constate la présence d'obsessions et de compulsions, et un score de 18/20 minimum si seule la présence d'obsessions ou de compulsions est constatée. En ce qui concerne le fonctionnement, le "Global Assessment of Functioning" (GAF) ne peut obtenir qu'un score de 45 maximum.

Ces scores sont obtenus après échec des traitements repris au point 6. et de la psychothérapie comportementale décrite au point 7.

Il y a lieu d'effectuer une analyse approfondie par des tests neuropsychologiques afin de bien déterminer la pathologie.

5. Le bénéficiaire doit souffrir de ce trouble depuis 5 ans minimum, les obsessions ou compulsions n'ont pas pu être contrôlées suffisamment par un traitement optimal (cfr point 6. et 7.) et l'équipe TOC estime que le pronostic est négatif sans intervention.

6. Le bénéficiaire doit avoir été traité par un traitement pharmacologique optimal. Le bénéficiaire doit avoir été traité au minimum avec tous les traitements suivants :

- a) minimum 2 SSRI's différents, à chaque fois avec la dose thérapeutique maximale durant au moins 12 semaines et
- b) clomipramine à une dose thérapeutique maximale durant 12 semaines et
- c) d'autres stratégies pharmacologiques comme exigé dans les recommandations EBM (evidence based medicine) en vigueur et ce, sans résultats satisfaisants.

7. Le bénéficiaire doit être traité par une psychothérapie comportementale, menée par un thérapeute ayant une formation et expérience en thérapie cognitivo-comportementale (TCC) consistant en une exposition in vivo avec prévention de la réponse et avoir reçu une thérapie cognitive intensive suffisante d'au moins 25 séances dans une période de 12 mois; et ceci sans résultats suffisants.

### 2.2. Critères d'exclusion

1. Affection neurologique ou médicale grave démontrable, ou affection du cerveau organique qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.
2. Toute contre-indication chirurgicale pour subir une DBS, y compris les contre-indications connues pour la DBS et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,...).
3. Délirium ou des épisodes aigus mixte/psychotique/(hypo)maniaques selon la DSM-5.
4. Désir suicidaire actif.
5. Problématique chronique psychotique qui n'est pas stabilisée sous traitement.

6. Troubles liés à un produit pour lesquels un usage correct du dispositif ou pour lesquels un follow-up médical/psychiatrique systématique n'est pas possible.

7. Démence ou trouble amnésique (persistant) ou trouble cognitif NS (non-spécifié) selon DSM-5.

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

#### 3.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, et si nécessaire au moyen d'une ou plusieurs extensions.

Le programmeur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

La neurostimulation consiste en une stimulation électrique tonique réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La stimulation électrique n'excède pas 300 Hz.

Les dispositifs visés par les prestations 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945 et 183956-183960 ne portent pas le marquage CE pour l'indication des TOC mais doivent faire l'objet d'une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions. Ces dispositifs doivent être notifiés et avoir un marquage CE pour un traitement par neurostimulation dans une autre indication.

#### 3.2. Critères

Pas d'application.

#### 3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173515-173526, 173530-173541 et 183971-183982, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

a) Neurostimulateurs non-rechargeables :

une garantie totale de 24 mois doit être donnée pour les neurostimulateurs non-rechargeables.

b) Neurostimulateurs rechargeables :

une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et une garantie au prorata pour les quatre années suivantes.

Pour le chargeur, une garantie totale de neuf ans est exigée.

Les dispositifs visés par les prestations 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 doivent également répondre à ces conditions de garantie.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. Première implantation/Première utilisation

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173132-173143, 173250-173261, 173375-173386, 173434-173445, 173471-173482, 173515-173526, 183654-183665, 183676-183680, 183772-183783, 183831-183842, 183875-183886 et 183912-183923 ne peu(ven)t faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs avant implantation sur base d'une demande motivée introduite par un membre de l'équipe TOC.

La demande doit comporter les éléments suivants :

- a) le formulaire B-Form-I-10 ;
- b) la déclaration de consentement éclairé ;
- c) un second avis psychiatrique indépendant sous forme d'un rapport médical circonstancié établi lors d'une consultation avec le bénéficiaire, d'un autre psychiatre repris sur la liste des établissements hospitalier et médecins spécialistes.

Le Collège des médecins-directeurs peut encore sur sa propre initiative demander un troisième avis.

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire sur base de l'avis remis par la Commission Peer Review et ce, pour chaque bénéficiaire individuellement.

La Commission Peer Review est composée de psychiatres et de neurochirurgiens membres du Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry ou des membres des équipes TOC ainsi que d'un éthicien.

La Commission Peer Review est tenue d'examiner la demande de l'équipe TOC dans les 6 mois.

La Commission Peer Review avertit l'équipe TOC de l'établissement hospitalier qui a introduit la demande afin de lui permettre de la défendre.

Au cours de la discussion portant sur les dossiers relatifs au remboursement, un ou plusieurs membres du Collège des médecins-directeurs, des médecins membres de la Commission et des représentants de l'INAMI peuvent toujours être présents.

Minimum 4 membres dont minimum 2 psychiatres de la Commission Peer Review doivent donner leur accord.

La Commission Peer Review envoie sa conclusion argumentée (avis positif/négatif/pas d'avis) au Collège des médecins-directeurs.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée à l'équipe TOC concernée, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier dans les 30 jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review.

### 4.2. Remplacement

En cas de remplacement d'un dispositif qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, la demande d'intervention pour les prestations 173051-173062, 173095-173106, 173176-173180, 173294-173305, 173390-173401, 173456-173460, 173493-173504, 173530-173541, 183691-183702, 183735-183746, 183794-183805, 183853-183864, 183890-183901 et 183934-183945 est transmise par un membre de l'équipe TOC après implantation au Collège des médecins-directeurs.

La demande doit comporter les éléments suivants :

- a) le formulaire B-Form-I-11 ;
- b) la justification du remplacement.

En cas de remplacement d'un dispositif qui n'a pas été remboursé par l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que cette première implantation répondait aux critères de remboursement actuellement en vigueur

mentionnés au point 2., doivent être annexés à la demande décrite ci-dessus. Cette dernière doit être entièrement complétée et signée par un membre de l'équipe TOC et envoyée avant le remplacement au Collège des médecins-directeurs.

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire sur base de l'avis remis par la Commission Peer Review, selon les modalités décrites au point 4.1.

### **4.3. Remplacement anticipé**

Une intervention de l'assurance obligatoire en cas de remplacement anticipé pour la prestation 173073-173084 ou 173110-173121 ou 173191-173202 ou 173316-173320 ou 183713-183724 ou 183750-183761 ou 183956-183960 ou 183971-183982 peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs selon la procédure décrite au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

### **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **4.5. Suivi du traitement après implantation**

Pas d'obligation administrative.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application.

### **5.2. Autres règles**

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173051-173062, 173095-173106, 183691-183702 et 183735-183746 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746 ou 183750-183761.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173176-173180 et 173294-173305 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305 ou 173316-173320.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173530-173541 et 183934-183945 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173515-173526, 173530-173541, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 ou 183971-183982.

### **5.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Traitement des données**

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement B-§11 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 1.2., 4.1., 4.2., et 4.3. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

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

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

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

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

## **8. Divers**

La Commission peut, en tout temps, demander à la Commission Peer Review une évaluation avec rapport. La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

## G. Chirurgie vasculaire

### G.5 Matériel d'embolisation

Date dernière modification : 1/07/2026	Date première publication : 1/07/2014	<b>CHANGE</b>
<b>161490 - 161501</b>	Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589131 - 589142 de la nomenclature	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	665,17 €	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 665,17 €
<b>Conditions de remboursement :</b>	G-§01,G-§05	

---

Date dernière modification : 1/07/2026	Date première publication : 1/07/2014	<b>CHANGE</b>
<b>161512 - 161523</b>	Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589411 - 589422 de la nomenclature	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	307,01 €	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 307,01 €
<b>Conditions de remboursement :</b>	G-§05	

---

Date dernière modification : 1/07/2026	Date première publication : 1/10/2019	<b>CHANGE</b>
<b>174016 - 174020</b>	Ensemble du matériel de cathétérisme de base pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par point de ponction, pour un abord percutané	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	281,00 €	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 281,00 €
<b>Conditions de remboursement :</b>	G-§05	

---

Date dernière modification : 1/07/2026	Date première publication : 1/10/2019	<b>CHANGE</b>
<b>174031 - 174042</b>	Ensemble du matériel de cathétérisme de base pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire avec une configuration triaxiale et à l'aide d'un cathéter intermédiaire « distal access », par point de ponction, pour un abord percutané	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	954,00 €	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> 0,00 €
		<i>Montant du remboursement</i> 954,00 €
<b>Conditions de remboursement :</b>	G-§05	

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174053 - 174064**

Premier microcathéter et accessoires pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

1.279,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.279,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174090 - 174101**

Premier microcathéter et accessoires utilisés lors d'une embolisation avec du matériel solidifiant, dans la région encéphalique ou médullaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

1.365,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.365,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174112 - 174123**

Microcathéter et accessoires utilisés lors d'une embolisation avec du matériel solidifiant, dans la région encéphalique ou médullaire, par microcathéter supplémentaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

1.080,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.080,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174134 - 174145**

Ballon de remodelage avec lumière simple, utilisé lors d'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

1.276,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.276,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174156 - 174160**

Ballon de remodelage avec lumière double, utilisé lors d'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

1.806,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.806,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174171 - 174182**

Spire détachable pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

1.180,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.180,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174193 - 174204**

Stent pour le support du matériel d'embolisation à hauteur du collet de l'anévrisme dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

37601

*Base de remboursement*

4.000,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.000,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174215 - 174226**

Stent pour le support du matériel d'embolisation à hauteur du collet de l'anévrisme situé sur une bifurcation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

37602

*Base de remboursement*

9.000,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

9.000,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174230 - 174241**

Système de diversion de flux ou dérivateur de flux intra-artériel ou intra-sacculaire (flow diverter ou flow disruptor) pour le remodelage du flux sanguin artériel à hauteur de l'anévrisme dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

37603

*Base de remboursement*

13.900,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

13.900,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174252 - 174263**

Matériel non adhésif solidifiant et accessoires pour effectuer une embolisation d'une fistule artério-veineuse, malformation ou tumeur dans la région encéphalique ou médullaire, par kit

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

37604

*Base de remboursement*

850,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

850,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174274 - 174285**

Microparticules ou particules d'alcool polyvinylique pour effectuer une embolisation d'une fistule artério-veineuse, malformation ou tumeur dans la région encéphalique ou médullaire, par kit

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

37605

*Base de remboursement*

155,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

155,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174296 - 174300**

Un ou plusieurs thrombus retrievers pour l'évacuation d'un thrombus intracrânien apparu durant l'embolisation dans la région encéphalique ou médullaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

4.457,25 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.457,25 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174311 - 174322**

Ensemble du matériel de dilatation et stent éventuel utilisés lors d'un traitement endovasculaire d'une constriction artérielle proximale, afin d'avoir un accès à une lésion à emboliser dans la région encéphalique ou médullaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

891,45 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

891,45 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/10/2019

**CHANGE**

**174075 - 174086**

Microcathéter et accessoires pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, à partir du deuxième microcathéter

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

932,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

932,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

---

# Conditions de remboursement

G-§01

Prestations liées

160510

160521

161490

161501

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les dispositifs visés par les prestations 160510-160521 et 161490-161501, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation**

**5.1. Règles de non-cumul**

Lors de la réalisation simultanée d'une embolisation des varices oesophagiennes, les prestations 160510-160521 et 161490-161501 peuvent être cumulées.

**5.2. Autres règles**

Pas d'application

**5.3. Dérogation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

161490	161501
161512	161523
174016	174020
174031	174042
174053	174064
174075	174086
174090	174101
174112	174123
174134	174145
174156	174160
174171	174182
174193	174204
174215	174226
174230	174241
174252	174263
174274	174285
174296	174300
174311	174322

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'emploi de matériel d'embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

L'établissement hospitalier répond à tous les critères du programme de soins spécialisés « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » comme décrit dans l'Arrêté Royal du 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

#### 3.1 Définition

Dans le libellé des prestations 174016-174020 et 174031-174042, on entend par "matériel de cathétérisme de base" : tout le matériel nécessaire pour obtenir un accès jusqu'au vaisseaux encéphaliques ou médullaires.

Dans le libellé de la prestation 174031-174042, on entend par "configuration triaxiale" : une combinaison emboîtée d'un

cathéter de base ou gaine avec une longueur de travail d'au moins 70 cm, d'un cathéter intermédiaire « distal access » avec une longueur de travail d'au moins 90 cm et d'un microcathéter. Le cathéter intermédiaire « distal access » a une extrémité flexible et est utilisé dans le but d'atteindre au moins la partie distale de l'artère carotide interne, l'artère carotide externe, l'artère vertébrale ou la veine jugulaire interne.

Dans le libellé des prestations 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101 et 174112-174123, on entend par "microcathéter" : un cathéter avec un diamètre extérieur maximal allant jusqu'à 3 French (1 mm).

Dans le libellé de la prestation 174171-174182, on entend par "spire détachable" une spire qui peut être retirée dans le cathéter et repositionnée pendant la procédure et qui doit être détachée du poussoir d'une façon contrôlée pour l'implantation.

Les prestations 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226 et 174230-174241 couvrent l'implant et le système de placement spécifiquement pour l'implant.

Dans le libellé de la prestation 174252-174263, on entend par "accessoires" : la substance radio-opaque, le solvant et le matériel pour mélanger les composants avec la substance solidifiante et pour déposer le mélange au niveau de la lésion via le microcathéter.

### **3.2. Critères**

Un stent pour traitement d'un anévrisme intracrânien situé à hauteur d'une bifurcation (174215-174226) ou un système de diversion ou un dérivateur de flux (174230-174241) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'ils répondent aux critères suivants :

- a) soit être approuvé par la FDA avec une PMA ;
- b) soit disposer d'une ou plusieurs études cliniques publiées dans une revue «peer reviewed» avec au minimum cinquante patients ayant un suivi de 3 mois, qui démontrent que le dispositif a un profil de sécurité acceptable.

### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation**

Pas d'obligation administrative

### **4.2. Remplacement**

Pas d'application

### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

« 4.

#### **4.5 Suivi du traitement après implantation**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

Les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion des prestations 589116-589120 ou 590354-590365 de la nomenclature.

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Par point de ponction, seule une prestation 174016-174020 ou une prestation 174031-174042 peut être attestée.

Les prestations 174053-174064 et 174090-174101 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par intervention et ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 174075-174086 et 174112-174123 ne peuvent être attestées que si les prestations 174053-174064 ou 174090-174101 sont respectivement attestées.

#### **5.2. Autres règles**

Les prestations 161490-161501, 161512-161523, 174252-174263 ou 174274-174285 ne peuvent pas être attestées pour couvrir le matériel utilisé lors d'une vertébroplastie ou cyphoplastie.

Les colles tissulaires ne peuvent pas être attestées sous la prestation 174252-174263.

Lorsqu'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire est réalisée aussi bien avec des spires détachables que du matériel solidifiant non adhésif (la technique dite "pressure cooker"), la prestation 174090-174101 peut être attestée pour le premier micro-cathéter. Elle peut être attestée même si ce premier microcathéter a été utilisé uniquement pour placer des spires ou autre matériel. La même chose s'applique pour les microcathéters suivants.

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Traitement des données**

Pas d'application

### **8. Divers**

Pas d'application



## L. Orthopédie et traumatologie

### L.2 Articulations

#### L.2.2 Membre inférieur

##### L.2.2.1 Hanche

###### L.2.2.1.1 Prothèses fémorales

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/07/2026

**NOUVEAU**

**187132 - 187143**

Tige fémorale de hanche individualisée pour le patient, et à utiliser avec ou sans ciment

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40501

*Base de remboursement*

2.594,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

2.594,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

2.594,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§41,L-§09

---

### L.13 Reconstruction de larges défauts osseux

#### L.13.1 Fémur proximal

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**185872 - 185883**

Composant pour remplacement du fémur proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40001

*Base de remboursement*

2.300,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

2.300,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

2.300,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**185894 - 185905**

Composant pour remplacement du fémur proximal, avec un coating en argent

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40002

*Base de remboursement*

3.300,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

3.300,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

3.300,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

---

#### L.13.2 Fémur distal

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**185916 - 185920**

Composant pour remplacement du fémur distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40003

*Base de remboursement*

5.500,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

5.500,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

5.500,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**185931 - 185942**

Composant pour remplacement du fémur distal, avec un coating en argent

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40004

*Base de remboursement*

6.500,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

6.500,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

6.500,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

---

### L.13.3 Tibia proximal

#### L.13.3.1 Embase

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**185953 - 185964**

Embase tibiale pour remplacement du tibia proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40005

*Base de remboursement*

5.500,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

5.500,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

5.500,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**185975 - 185986**

Embase tibiale pour remplacement du tibia proximal, avec un coating en argent

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40006

*Base de remboursement*

6.500,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

6.500,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

6.500,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

---

#### L.13.3.2 Insert

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**185990 - 186001**

Insert en polyéthylène d'une prothèse à charnière pour remplacement du cortex osseux

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40007

*Base de remboursement*

480,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

480,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

480,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.13.4 Humérus proximal

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

#### 186012 - 186023

Composant pour remplacement de l'humérus proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40008

*Base de remboursement*

2.500,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

2.500,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

2.500,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§17

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

#### 186034 - 186045

Composant pour remplacement de l'humérus proximal, avec un coating en argent

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40009

*Base de remboursement*

3.500,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

3.500,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

3.500,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§17

### L.13.5 Humérus distal

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

#### 186056 - 186060

Composant pour remplacement de l'humérus distal, y compris l'axe

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40010

*Base de remboursement*

2.500,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

2.500,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

2.500,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§17

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

#### 186071 - 186082

Composant pour remplacement de l'humérus distal, avec un coating en argent, y compris l'axe

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40011

*Base de remboursement*

3.500,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

3.500,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

3.500,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§17

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.13.6 Ulna

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

#### 186093 - 186104

Composant ulnaire utilisé en combinaison avec un composant pour remplacement de l'humérus distal (186056-186060 ou 186071-186082), y compris l'axe

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40012

*Base de remboursement*

1.500,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

1.500,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 1.500,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§17

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

#### 186115 - 186126

Composant ulnaire utilisé en combinaison avec un composant pour remplacement de l'humérus distal (186056-186060 ou 186071-186082), avec un coating en argent, y compris l'axe

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40013

*Base de remboursement*

2.000,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

2.000,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 2.000,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§17

### L.13.7 Ancrage

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

#### 186130 - 186141

Tige d'extension centromédullaire pour ancrage d'une prothèse de remplacement du cortex osseux, y compris le centraliseur et le connecteur offset éventuels

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40014

*Base de remboursement*

832,86 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

832,86 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 832,86 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

#### 186152 - 186163

Système intraosseux, autre qu'une tige d'extension, servant à ancrer une prothèse de remplacement du cortex osseux, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40015

*Base de remboursement*

5.200,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

5.200,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 5.200,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186174 - 186185**

Tige centromédullaire pour liaison d'un composant proximal à un composant distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40016

*Base de remboursement*

1.400,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

1.400,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 1.400,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186196 - 186200**

Tige centromédullaire pour liaison d'un composant proximal à un composant distal, avec un coating en argent

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40017

*Base de remboursement*

1.800,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

1.800,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 1.800,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186211 - 186222**

Manchon avec partie intra-osseuse en métal poreux et en combinaison avec une tige d'extension

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40018

*Base de remboursement*

2.000,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

2.000,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 2.000,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

### L.13.8 Diaphyse

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186233 - 186244**

Composant formant la partie diaphysaire d'une prothèse de remplacement du cortex osseux, jusqu'à 3 cm y compris, par composant

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

40101

*Base de remboursement*

500,00 €

*Marge de sécurité (%)* /

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€)* /

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 500,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186255 - 186266**

Composant formant la partie diaphysaire d'une prothèse de remplacement du cortex osseux, jusqu'à 3 cm y compris, avec un coating en argent, par composant

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

40102

*Base de remboursement*

600,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

600,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186270 - 186281**

Composant formant la partie diaphysaire d'une prothèse de remplacement du cortex osseux, de plus de 3 cm, par composant

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

40103

*Base de remboursement*

1.200,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.200,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186292 - 186303**

Composant formant la partie diaphysaire d'une prothèse de remplacement du cortex osseux de plus de 3 cm, avec un coating en argent, par composant

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

40104

*Base de remboursement*

1.300,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.300,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09,L-§17

### L.13.9 Arthrodèse

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186314 - 186325**

Ensemble des composants pour un remplacement du cortex osseux, dans le cas d'une arthrodèse

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40019

*Base de remboursement*

2.400,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

2.400,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

2.400,00 €

**Conditions de remboursement :**

L-§17

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186336 - 186340**

Ensemble des composants avec un coating en argent, pour un remplacement du cortex osseux, dans le cas d'une arthrodèse

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40020

*Base de remboursement*

3.400,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

3.400,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 3.400,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§17

---

### L.13.10 Cupule

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186351 - 186362**

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour reconstruction du cotyle, à fixation iliaque intramédullaire de plus de 50 mm, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40021

*Base de remboursement*

5.900,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

5.900,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 5.900,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

---

### L.13.11 Accessoires

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186373 - 186384**

Ensemble des composants de l'axe d'une prothèse de genou pour remplacement du cortex osseux ou en cas de remplacement de l'axe seul

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40022

*Base de remboursement*

700,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

700,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 700,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186395 - 186406**

Ensemble des composants implantés lors de l'allongement mini-invasif de l'élément allongeable

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

40023

*Base de remboursement*

2.000,00 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

2.000,00 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 2.000,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186410 - 186421**

Implant pour fixation des tissus mous à la prothèse de remplacement de cortex osseux

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

40105

*Base de remboursement*

500,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

500,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

---

### L.13.12 Sur mesure

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186432 - 186443**

Implant sur mesure en cas de discontinuité osseuse

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

---

### L.13.13 Prothèse allongeable

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186454 - 186465**

Composant allongeable de façon mini-invasive d'une prothèse pour remplacement du cortex osseux, avec ou sans coating en argent

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

---

Date dernière modification : 1/07/2026

Date première publication :  
1/11/2025

**CHANGE**

**186476 - 186480**

Composant allongeable de façon non-invasive d'une prothèse pour remplacement du cortex osseux, avec ou sans coating en argent

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§17

---

# Conditions de remboursement

L-509

Prestations liées

165874 165885

165896 165900

165911 165922

165933 165944

165955 165966

165970 165981

166036 166040

166073 166084

166095 166106

166110 166121

166132 166143

166154 166165

166176 166180

166191 166202

166213 166224

166235 166246

166250 166261

166272 166283

166294 166305

166316 166320

166331 166342

166353 166364

166375 166386

166390 166401

166412 166423

166434 166445

166471 166482

166530 166541

166552 166563

166596 166600

166655 166666

166670 166681

166692 166703

166714 166725

166736 166740

166751 166762

166773 166784

166795 166806

166810 166821

166832	166843
166854	166865
166876	166880
166891	166902
166913	166924
166935	166946
166950	166961
166972	166983
166994	167005
167016	167020
167031	167042
167053	167064
167075	167086
167090	167101
167112	167123
167134	167145
167156	167160
167171	167182
167193	167204
167215	167226
167230	167241
167716	167720
167731	167742
170796	170800
171113	171124
171135	171146
171150	171161
172535	172546
183035	183046
183050	183061
183072	183083
183094	183105
183116	183120
183131	183142
183153	183164
183175	183186
183190	183201
183212	183223
183234	183245
183256	183260
183271	183282
183293	183304
183315	183326

183330	183341
183352	183363
183374	183385
183396	183400
183411	183422
183433	183444
183455	183466
183470	183481
183492	183503
183514	183525
183536	183540
183551	183562
183573	183584
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
187132	187143

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

## Prestations liées

185872	185883
185894	185905
185916	185920
185931	185942
185953	185964
185975	185986
185990	186001
186012	186023
186034	186045
186056	186060
186071	186082
186093	186104
186115	186126
186130	186141
186152	186163
186174	186185
186196	186200
186211	186222
186233	186244
186255	186266
186270	186281
186292	186303
186314	186325
186336	186340
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 de remplacement du cortex osseux, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

1.1. Les prestations reprises sous le point « L.13. Reconstruction de larges défauts osseux » ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier et par un médecin spécialiste en chirurgie ou en chirurgie orthopédique qui répond aux critères suivants :

Le médecin spécialiste en chirurgie ou en chirurgie orthopédique a une expertise en reconstruction de large défauts

osseux démontrée et maintenue de manière continue par :

a) minimum 5 prestations 284152-284163, 284874-284885, 286370-286381, 288470-288481, 288492-288503, 289936-289940, 290290-290301 ou 291211-291222 en tant que chirurgien principal ;

ou

b) minimum 10 prestations 284152-284163, 284874-284885, 286370-286381, 288470-288481, 288492-288503, 289936-289940, 290290-290301 ou 291211-291222 en tant que chirurgien principal ou aide opératoire.

Dans les 2 cas, l'expertise est démontrée par la somme des prestations attestées et prestées durant les années x-3 et x-2.

Seules les prestations relatives au matériel utilisé lors d'une intervention effectuée par un médecin prestataire repris nominativement sur cette liste peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

**1.2.** L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire L-Form-II-04 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes qui peuvent attester les prestations reprises sous le point « L.13. Reconstruction de larges défauts osseux » selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes; les prestations reprises sous le point « L.13. Reconstruction de larges défauts osseux » ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date. Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

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

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères, l'établissement hospitalier est supprimé de cette liste. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire L-Form-II-04 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire L-Form-II-04 mis à jour.

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

**2.1.** Les prestations reprises sous le point « L.13. Reconstruction de larges défauts osseux » ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant:

1) Tumeur primaire ou métastase osseuse entraînant, après résection, une interruption de la continuité osseuse

OU

2) Révision d'une prothèse ou révision d'ostéosynthèse entraînant une destruction massive de l'os

OU

3) Pathologie entraînant une destruction et/ou déformation massive des os et des articulations

**2.2.** Les prestations 186454-186465 et 186476-186480 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère additionnel suivant :

1) Chez l'enfant en croissance

Ou

2) Chez les autres bénéficiaires : Différence de longueur osseuse des membres inférieurs de plus de 3 cm quelle qu'en soit la cause. Cette inégalité peut concerner soit le tibia, soit le fémur, soit les deux os pris ensemble.

Les prestations pour les composants avec coating en argent ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire est à haut risque infectieux.

### **3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations reprises sous le point « L.13. Reconstruction de larges défauts osseux » ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### **3.1. Définition**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations reprises sous les points « L.13.1. fémur proximal », « L.13.2. fémur distal », « L.13.3.1. embase », « L.13.4. humérus proximal », « L.13.5. humérus distal », « L.13.6. ulna », « L.13.8. diaphyse », « L.13.9. arthrodèse », « L.13.12. sur mesure » ou « L.13.13. prothèse allongeable », le dispositif doit être un composant modulaire d'une prothèse et remplacer le cortex osseux lorsque celui-ci a été retiré de manière circulaire au niveau métaphysaire et/ou diaphysaire, entraînant une interruption de la continuité osseuse. Ce composant peut être un dispositif sur mesure ou non.

Les prestations reprises sous le point « L. 13. Reconstruction de larges défauts osseux » comprennent l'ensemble des éléments constitutifs, ainsi que les éléments d'assemblage et fixation et le centraliseur.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 186432-186443, le dispositif doit répondre à la définition de dispositif médical sur mesure selon le Règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux. Les dispositifs sur mesure fabriqués uniquement pour des raisons d'allergie ne font pas l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire via la prestation 186432-186443.

#### **3.2. Critères**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour la prestation 186152-186163, le dispositif doit avoir démontré sur une série de minimum 20 patients dans une étude clinique publiée dans un journal peer-reviewed que le taux de survie (déscellement aseptique) de la prothèse avec l'ancrage visé sous 186152-186163 est de minimum 80% à 5 ans.

#### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application.

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation**

Les prestations 186432-186443, 186454-186465 et 186476-186480 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention, après implantation, sur base d'une demande motivée introduite par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique.

La demande doit comporter les éléments suivants :

a. un rapport médical circonstancié;

ET

b. le formulaire L-Form-I-05 (pour les prestations 186454-186465 et 186476-186480) ou L-Form-I-06 (pour la prestation 186432-186443), reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier ;

ET

c. le cas échéant, les documents établis conformément à l'article 52, §8, du Règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux

ET

d. une facture détaillée émanant du distributeur du dispositif.

ET

e. les radiographies réalisées avant et après l'intervention.

Avant implantation, le Collège des médecins-directeurs peut émettre un avis sur base d'un devis introduit conjointement avec le rapport médical circonstancié, la motivation et le formulaire L-Form-I-05 ou L-Form-I-06. Toutefois, le Collège des médecins-directeurs ne peut prendre de décision définitive concernant l'intervention de l'assurance obligatoire qu'après implantation, lorsque la totalité des documents lui aura été fournie.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée au pharmacien hospitalier, au médecin spécialiste qui a introduit la demande et au bénéficiaire concerné via son organisme assureur endéans les 30 jours suivant la réception de la demande.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 186454-186465 est limitée à un maximum de 20.000 EUR.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 186476-186480 est limitée à un maximum de 40.000 EUR pour le composant de remplacement du fémur distal et à un maximum de 35.000 EUR dans les autres cas.

## **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, les procédures décrites au point 4.1. doit être appliquée.

## **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application.

## **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

L'axe d'une prothèse à charnière ou d'une prothèse de reconstruction des larges défauts osseux ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention, sous une des prestations reprises sous le chapitre « L.13 Reconstruction de larges défauts osseux » ou « L.2.2.2.1.3. Prothèse à charnière » ou « L.2.2.2.2.4. Composant tibial de prothèse à charnière modulaire ».

## **5.2. Autres règles**

La prestation 185990-186001 ne peut être attestée que si une prestation reprise sous les points « L.13.2. fémur distal » ou « L.13.3. tibia proximal » est attestée.

La prestation 186130-186141, 186152-186163, 186410-186421 ou 186211-186222 ne peut être attestée que si une prestation reprise sous les points « L.13.1. fémur proximal », « L.13.2. fémur distal », « L.13.3.1. embase », « L.13.4. humérus proximal », « L.13.5. humérus distal », « L.13.8. diaphyse » ou « L.13.9. arthrodèse » est attestée.

## **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Traitement des données**

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement L-§17 sont celles déterminées dans le formulaire mentionné aux points 1 et 4 et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

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

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

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

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

## **8. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux tiges fémorales de hanche individualisées pour le patient, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 187132-187143 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

1. Pour les bénéficiaires adultes dont la croissance du squelette est terminée

ET

2. Forme anatomique inhabituelle ou malformation sévère du fémur proximal en cas de :

2.1. Séquelle de dysplasie développementale de la hanche associée à une déformation significative du fémur proximal en dehors de la tête fémorale

OU

2.2. Ostéonécrose associée à une déformation morphologique démontrée du fémur proximal

OU

2.3. Post-traumatisme avec séquelles morphologiques objectivables pouvant compromettre l'implantation et la stabilité d'une tige standard

OU

2.4. Achondroplasie ou gigantisme

OU

2.5. Situations cliniques particulières associées à une inadéquation morphologique majeure, indépendamment de l'étiologie initiale :

a. Géométries fémorales extrêmes:

i. Coxa vara ou valga sévère

ii. Offset fémoral très élevé ou très réduit

iii. Déformations combinées en varus/valgus

b. Chirurgie de révision ou tumorale:

i. Séquelles de révision avec altération du canal fémoral proximal

ii. Reconstruction après chirurgie tumorale

ET

3. La déformation est documentée par planification préopératoire, rendant impossible ou déraisonnablement risquée l'utilisation d'une tige fémorale standard sans compromis biomécanique majeur ou augmentation substantielle de la complexité chirurgicale.

### **3. Critères concernant le dispositif**

La prestation 187132-187143 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

#### **3.1. Définition**

Le dispositif médical individualisé pour le patient répond aux exigences suivantes :

1. Il est adapté à l'anatomie d'un patient sur la base d'un CT scan dans le cadre d'une conception spécifiée à partir de paramètres prédéfinis ;

ET

2. Il dispose d'un marquage CE classe III selon le Règlement (EU) 2017/745.

#### **3.2. Critères**

Pas d'application.

#### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application.

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation/Première utilisation**

La prestation 187132-187143 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil, avant implantation, sur base d'une demande motivée introduite par le médecin spécialiste implanteur.

La demande doit comporter les éléments suivants :

1. Le formulaire L-Form-I-14, reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier.
2. L'imagerie médicale (CT scan) avant l'intervention et son protocole.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours qui suivent la réception d'une demande.

La demande est réputée acceptée, sauf opposition du médecin-conseil dans le délai de trente jours susmentionné.

#### **4.2. Remplacement**

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

#### **4.3. Remplacement anticipé**

Pas d'application.

#### **4.4. Derogation à la procédure**

Pas d'application.

#### **4.5. Suivi du traitement après implantation**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application.

#### **5.2. Autres règles**

Pas d'application.

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Traitement des données**

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement L-§41 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.