

Liste

1. Dispositions générales

1.1. Les prestations reprises sous le point 2. Prestations et Modalités de remboursement ne sont remboursées que si elles sont prescrites par un médecin spécialiste et si elles répondent aux dispositions spécifiques de ces prestations.

1.2. Si dans une condition de remboursement (1. Critères concernant l'établissement hospitalier), il est fait référence aux années 2020, 2021 ou 2022, le nombre de prestations pour chacune de ces années sera remplacé par le nombre de prestations pour l'année 2019 (correspondant à l'année qui précède l'année où l'arrêté royal n°21 du 14 mai 2020, portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19, est entré en vigueur) pour autant que le nombre de prestations pour l'année 2019 soit supérieur à celui des prestations pour l'année à laquelle il est fait référence.

1.3. Les dispositifs repris au point « 2. Prestations et modalités de remboursement » peuvent bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire après avoir subi une légère modification telle que définie à l'article 1er, 51° de l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, et après que ces dispositifs aient suivi avec succès la procédure prévue à cet effet telle que décrite à l'article 145, § 2 jusqu'à l'article 152 du même arrêté.

1.4. Le terme « matériel implantable » dans un libellé d'une prestation en catégorie II (Dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme) de la Liste fait référence à un dispositif médical implantable tel que défini par le règlement (UE) 2017/745 (MDR) utilisé lors d'une procédure de viscérosynthèse ou endoscopique et servant à faire une ligature ou une suture (y compris les renforts de suture), à l'exception des dispositifs médicaux qui font l'objet d'une intervention de l'assurance via une autre prestation spécifique de la Liste.

2. Prestations et Modalités de remboursement

H. Gynécologie

H.2 Uterus

Date dernière modification : 1/09/2025

Date première publication :
1/09/2025

NOUVEAU

186491 - 186502

Dispositif invasif d'ablation, à usage unique, pour l'ablation de l'endomètre par radiofréquence bipolaire, y compris le système d'aspiration

Catégorie de remboursement :

II.B.a

Base de remboursement

807,68 €

Marge de sécurité (%) 20,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

969,21 €

Marge de sécurité (€) 161,53 €

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 807,68 €

Conditions de remboursement : H-§07

Conditions de remboursement

H-§07

Prestations liées

186491

186502

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 186491-186502 relative à l'ablation de l'endomètre par radiofréquence bipolaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 186491-186502 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 186491-186502 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

1) Le bénéficiaire souffre de pertes de sang utérines anormales liées à un dysfonctionnement de l'endomètre, classe AUB-E selon la classification PALM-COEIN ;

ET

2) Absence de tumeur de l'endomètre démontrée par un examen hystéroscopique avec biopsie ;

ET

3) Les saignements du bénéficiaire sont associés à un score PBAC > 150 ;

ET

4) Le bénéficiaire n'a pas de souhait de grossesse et il n'y a pas de grossesse en cours au moment de l'intervention;

ET

5) Le bénéficiaire est prémonopausé ;

ET

6) Un contrôle satisfaisant des pertes de sang anormales n'a pas pu être obtenu avec un traitement hormonal ou le bénéficiaire a une contre-indication au traitement hormonal.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 186491-186502 n'est pas cumulable avec la prestation 162131-162142 et inversement.

5.2. Autres règles

La prestation 186491-186502 ne peut être attestée qu'une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Traitement des données

Pas d'application.

8. Divers

Pas d'application.