Liste

1. Dispositions générales

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.

2. Prestations et Modalités de remboursement

A. Ophtalmologie

A.1 Traitement du canal lacrymal

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

150010 - 150021 Clou méatique

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 30,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 30,03*

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

150032 - 150043 Clou méatique perforé

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 40,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 40,04*

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 75,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,08*

A.2 Traitement des paupières

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 120,12*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 120,12*

A. Ophtalmologie

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 330,33*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 330,33*

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 190,19*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 190,19*

A.3 Traitement intra-oculaire

A.3.1 Intervention sur cristallin

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

150135 - 150146 Lentille intra-oculaire, en polyméthylméthacrylate

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 75,08*	*Marge de sécurité (%)*	*54,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 115,62*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 40,54*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,08*

Conditions de remboursement : *A-§01*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

150172 - 150183 Lentille intra-oculaire pliable

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 75,08*	*Marge de sécurité (%)*	*113,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 159,92*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 84,84*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,08*

Conditions de remboursement : *A-§01*

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

150194 - 150205 Lentille torique de deux dioptries ou plus

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

Base de remboursement	*€ 200,20*	*Marge de sécurité (%)*	*40,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 280,28*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 200,20*

Conditions de remboursement : *A-§02*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

150216 - 150220 Lentille torique de six dioptries ou plus

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

Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*40,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 560,57*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 160,16*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Conditions de remboursement : *A-§02*

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

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

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 70,07*	*Marge de sécurité (%)*	*60,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 112,11*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 42,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 70,07*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 108,48*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 59,66*
				Montant du remboursement	*€ 48,82*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 108,48*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 59,66*
				Montant du remboursement	*€ 48,82*

A. Ophtalmologie

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 108,48*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 59,66*
				Montant du remboursement	*€ 48,82*

A.3.2 Traitement pour glaucome

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

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

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 250,25*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 500,50*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 250,25*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 250,25*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 289,28*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 289,28*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 289,28*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 289,28*

A. Ophtalmologie

A.3.3 Traitement de la rétine/vitrectomie

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 65,07*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 65,07*

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 25,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 25,03*

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

150415 - 150426 Rail pour bande de cerclage, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 16,02*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 16,02*

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 25,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 25,03*

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 25,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 25,03*

A. Ophtalmologie

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 95,10*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 95,10*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 284,12*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 71,03*
				Montant du remboursement	*€ 213,09*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 73,35*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 18,33*
				Montant du remboursement	*€ 55,02*

Conditions de remboursement : *A-§03*

A.4 Intervention sur l'orbite

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 36,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 36,04*

A. Ophtalmologie

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

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

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 420,43*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 630,64*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 210,21*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 420,43*

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 330,33*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 330,33*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 30,99*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 30,99*

A.5 Produits visco-élastiques

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 16,53*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 16,53*

Conditions de remboursement : *A-§04*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 56,31*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 56,31*

Conditions de remboursement : *A-§04*

A. Ophtalmologie

A.6 Traitement combiné

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 108,48*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 59,66*
				Montant du remboursement	*€ 48,82*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 108,48*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 59,66*
				Montant du remboursement	*€ 48,82*

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 108,48*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 59,66*
				Montant du remboursement	*€ 48,82*

Conditions de remboursement

A-§01

Prestations liées

150135	150146
150172	150183

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

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

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

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

A-§02

Prestations liées

150194	**150205**
150216	**150220**

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

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

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

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

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

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

3.1. Définition
Pas d'application

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

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

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

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

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'application

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

A-§03

Prestations liées

150511 **150522**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux liquides à haute densité il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Les documents desquels il ressort que les liquides à haute densité visés à la prestation 150511-150522 ont été utilisés doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

A-§04
Prestations liées

150614	150625
150636	150640

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'application.

5. Règles d'attestation

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

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

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

B. Neurochirurgie

B.1 Pompes et accessoires

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.570,81*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.570,81*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.570,81*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.034,02*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

B. Neurochirurgie

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

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

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

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

Prix plafond *€ 5.034,02* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

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

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

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

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

Prix plafond *€ 5.034,02* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01*

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 9.570,81* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 9.570,81* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

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

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30201
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.570,81*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.034,02*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.034,02*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.034,02*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

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

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

150953 - 150964 Cathéter pour pompe implantable

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30401
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 325,16*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01,B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

150975 - 150986 Programmateur patient pour pompe implantable

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30402
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 723,67*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01,B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

150990 - 151001 Cathéter en cas de test négatif

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30401
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 325,16*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§01,B-§10,B-§02*

B.2 Neurostimulateurs et accessoires

B.2.1 Neurostimulateurs et accessoires en cas de douleurs neurogènes

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30501
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.317,25*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

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

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 9.257,76* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 5.317,25* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 5.317,25* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 9.257,76* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

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

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30502
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.257,76*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

151130 - 151141 Premier neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30601
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

151152 - 151163 Neurostimulateur de remplacement rechargeable

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30601
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30601
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

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

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

151196 - 151200 Programmateur patient pour neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30602
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 602,32*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

151211 - 151222 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulateur rechargeable

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

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

Prix plafond *€ 602,32* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

151233 - 151244 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable

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

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

Prix plafond *€ 1.500,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

151255 - 151266 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable

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

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

Prix plafond *€ 1.500,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 1.054,35* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 1.054,35* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§02*

B. Neurochirurgie

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.100,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.100,00*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/04/2015

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.100,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.100,00*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/04/2015

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 171,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 171,00*

Conditions de remboursement : *B-§02*

Date dernière modification : 1/11/2015 Date première publication : 1/04/2015

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 171,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 171,00*

Conditions de remboursement : *B-§02*

B. Neurochirurgie

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

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30802

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30803

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30804

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30801
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30802
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30803
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	30804
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30802

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30803

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30804

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30805

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30805

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 30805

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 583,77*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 583,77*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 1.500,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 1.500,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§03*

B.2.3 Autres

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement *€ 1.208,79* *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* *0,00%*

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

Montant du remboursement *€ 1.208,79*

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

B.2.4.1 Stimulation du nerf vague

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 9.410,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.410,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.410,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.410,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.410,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 9.410,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 1.768,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 1.768,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 100,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/12/2014

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

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

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

Prix plafond *€ 100,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : *B-§08*

B.2.4.2 Deep Brain Stimulation

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/01/2015

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

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 34801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/01/2015

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

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 34801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/01/2015

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

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 34801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/01/2015

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.600,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/01/2015

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.600,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/01/2015

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.600,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/01/2015

171614 - 171625 Premier neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage C.E. mais ayant reçu une autorisation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de santé

Catégorie de remboursement : I.G.a

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

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/01/2015

171636 - 171640 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage C.E. mais ayant reçu une autorisation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de santé

Catégorie de remboursement : I.G.a

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

Conditions de remboursement : *B-§09*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/01/2015

171651 - 171662 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage C.E. mais ayant reçu une autorisation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de santé, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.G.a

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

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/01/2015

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/01/2015

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/01/2015

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/01/2015

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/01/2015

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

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	34805
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 583,77*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/01/2015

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

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	34805
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 583,77*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/01/2015

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

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	34806
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/01/2015

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

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	34806
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§09*

B. Neurochirurgie

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

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.894,08*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 17.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

173154 - 173165 Premier neurostimulateur rechargeable complémentaire pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35704

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 8.750,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

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

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

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

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

Prix plafond *€ 17.500,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

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

Prix plafond *€ 17.500,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

173213 - 173224 Neurostimulateur rechargeable complémentaire de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35704

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

Prix plafond *€ 8.750,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

173235 - 173246 Neurostimulateur rechargeable complémentaire de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35704

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

Prix plafond *€ 8.750,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

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

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

Catégorie de remboursement : I.G.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 : 1/08/2016 Date première publication : 1/08/2016

173272 - 173283 Premier neurostimulateur rechargeable complémentaire pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une autorisation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

Catégorie de remboursement : I.G.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 : 1/08/2016 Date première publication : 1/08/2016

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

Catégorie de remboursement : I.G.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 : 1/08/2016 Date première publication : 1/08/2016

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

Catégorie de remboursement : I.G.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 : 1/08/2016 Date première publication : 1/08/2016

173331 - 173342 Neurostimulateur rechargeable complémentaire de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une autorisation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

Catégorie de remboursement : I.G.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 : 1/08/2016 Date première publication : 1/08/2016

173353 - 173364 Neurostimulateur rechargeable complémentaire de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une autorisation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.G.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 : 1/08/2016 Date première publication : 1/08/2016

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 583,77*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 583,77*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B. Neurochirurgie

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§11*

B.2.6 Neurostimulateurs et accessoires en cas de mouvements anormaux

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

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

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

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.947,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

B. Neurochirurgie

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

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

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

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

Prix plafond *€ 9.894,08* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

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

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

Prix plafond *€ 4.947,04* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

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

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

Prix plafond *€ 9.894,08* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

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

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

Prix plafond *€ 4.947,04* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

B. Neurochirurgie

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

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

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

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

Prix plafond *€ 9.894,08* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

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

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

Prix plafond *€ 17.500,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

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

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

Prix plafond *€ 17.500,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

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

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

Prix plafond *€ 17.500,00* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

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

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

Prix plafond *€ 1.317,94* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	35904
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	35904
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.317,94*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	35905
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	35905
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

B. Neurochirurgie

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

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

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35906

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 583,77*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35906

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 583,77*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35907

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

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

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

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35907

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.500,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *B-§12*

B. Neurochirurgie

B.3 Tissu de dure-mère

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

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

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 5,31*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 5,31*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5,31*

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

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

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	30901
Base de remboursement	*€ 7,35*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 7,35*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 7,35*

B.4 Valves d'hydrocéphalie et systèmes de drainage

B.4.1 Valves d'hydrocéphalie non réglables

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

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

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31001
Base de remboursement	*€ 653,66*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 719,02*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 65,36*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 653,66*

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

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

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31002
Base de remboursement	*€ 763,77*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 840,14*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 76,37*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 763,77*

B. Neurochirurgie

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

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

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31003
Base de remboursement	*€ 708,72*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 779,59*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 70,87*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 708,72*

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

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

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31004
Base de remboursement	*€ 895,91*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 985,50*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 89,59*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 895,91*

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

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

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31005
Base de remboursement	*€ 1.006,02*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.106,62*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 100,60*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.006,02*

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

152154 - 152165 Valve avec système anti-siphon et avec cathéter distal seul

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31006
Base de remboursement	*€ 950,96*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.046,05*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 95,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 950,96*

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

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

152176 - 152180 Valve réglable sans système anti-siphon et sans cathéters utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31007
Base de remboursement	*€ 1.259,28*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.385,20*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 125,92*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.259,28*

Conditions de remboursement : *B-§04*

B. Neurochirurgie

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

152191 - 152202 Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31008
Base de remboursement	*€ 1.370,39*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.507,42*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 137,03*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.370,39*

Conditions de remboursement : *B-§04*

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

152213 - 152224 Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31009
Base de remboursement	*€ 1.314,33*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.445,76*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 131,43*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.314,33*

Conditions de remboursement : *B-§04*

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

152235 - 152246 Valve réglable avec système anti-siphon et sans cathéters utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31010
Base de remboursement	*€ 1.501,52*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.651,67*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 150,15*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.501,52*

Conditions de remboursement : *B-§04*

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

152250 - 152261 Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31011
Base de remboursement	*€ 1.612,64*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.773,90*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 161,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.612,64*

Conditions de remboursement : *B-§04*

B. Neurochirurgie

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

152272 - 152283 Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée dans des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31012
Base de remboursement	*€ 1.556,58*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.712,23*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 155,65*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.556,58*

Conditions de remboursement : *B-§04*

B.4.3 Valves d'hydrocéphalie réglables utilisées hors des indications prévues au B-§ 4

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

152294 - 152305 Valve réglable sans système anti-siphon et sans cathéters utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31013
Base de remboursement	*€ 692,70*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.385,40*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 692,70*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 692,70*

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

152316 - 152320 Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31014
Base de remboursement	*€ 752,76*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.505,52*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 752,76*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 752,76*

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

152331 - 152342 Valve réglable sans système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31015
Base de remboursement	*€ 722,73*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.445,46*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 722,73*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 722,73*

B. Neurochirurgie

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

152353 - 152364 Valve réglable avec système anti-siphon et sans cathéters utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31016
Base de remboursement	*€ 825,84*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.651,68*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 825,84*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 825,84*

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

152375 - 152386 Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31017
Base de remboursement	*€ 886,90*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.773,80*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 886,90*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 886,90*

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

152390 - 152401 Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéter distal seul utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	31018
Base de remboursement	*€ 855,87*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.711,74*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 855,87*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 855,87*

B.4.4 Accessoires pour valves d'hydrocéphalie

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

152412 - 152423 Système anti-siphon

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 251,25*	*Marge de sécurité (%)*	*75,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 439,68*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 188,43*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 251,25*

B. Neurochirurgie

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

152434 - 152445 Réservoir

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 216,22*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 324,33*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 108,11*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 216,22*

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

152456 - 152460 Connecteur

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 58,06*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 87,09*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 29,03*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 58,06*

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

152471 - 152482 Cathéter de drainage ventriculaire ou lombaire, avec réservoir

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 169,17*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 253,75*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 84,58*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 169,17*

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

152493 - 152504 Cathéter de drainage sans réservoir

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 96,10*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 144,15*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 48,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 96,10*

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

152515 - 152526 Cathéter de drainage imprégné ou imprégnable avec un antibiotique

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 96,10*	*Marge de sécurité (%)*	*150,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 240,25*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 144,15*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 96,10*

B. Neurochirurgie

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

152530 - 152541 Ballonnet de dilatation pour le traitement de l'hydrocéphalie par ventriculostomie, utilisé lors de la prestation 230591-230602 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 198,37*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 198,37*

B.4.5 Systèmes de drainage externe

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

152552 - 152563 Système de drainage ventriculaire externe, pour l'ensemble des éléments constitutifs : cathéter de drainage ventriculaire, système de monitoring manuel ou électronique du liquide céphalo-rachidien, y compris les lignes de pression avec clapet anti-retour, la burette graduée, les connecteurs et le système de collecte

Catégorie de remboursement : II.B.a

Base de remboursement	*€ 146,15*	*Marge de sécurité (%)*	*33,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 194,37*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 48,22*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 146,15*

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

152574 - 152585 Système de drainage ventriculaire externe, pour l'ensemble des éléments constitutifs : cathéter de drainage ventriculaire imprégné ou imprégnable avec un antibiotique, système de monitoring manuel ou électronique du liquide céphalo-rachidien, y compris les lignes de pression avec clapet anti-retour, la burette graduée, les connecteurs et le système de collecte

Catégorie de remboursement : II.B.a

Base de remboursement	*€ 146,15*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 292,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 146,15*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 146,15*

B.5 Clip pour anévrisme cérébral

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

152596 - 152600 Clip pour le traitement d'un anévrisme cérébral, utilisé lors de la prestation 232551-232562 de la nomenclature, par clip

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 232,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 232,24*

B. Neurochirurgie

B.6 Cranioplastie

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

152611 - 152622 Ciment acrylique pour la fermeture de défects crâniens, par 10 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 60,06*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 60,06*

Conditions de remboursement : *B-§05*

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

152633 - 152644 Ciment à base d'apatite pour la fermeture de défects crâniens, par 5 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 220,22*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 220,22*

Conditions de remboursement : *B-§05*

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

152655 - 152666 Implant pour cranioplastie, spécialement conçu pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser sans vis, non-résorbable, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 55,06*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 55,06*

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

152670 - 152681 Implant pour cranioplastie, spécialement conçu pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser sans vis, résorbable, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 75,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,08*

B. Neurochirurgie

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

152692 - 152703 Plaque circulaire de type burr-hole cover, spécialement conçue pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser avec vis ou rivets, non-résorbable, vis ou rivets inclus, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 130,13*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 130,13*

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

152714 - 152725 Plaque circulaire de type burr-hole cover, spécialement conçue pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser avec vis ou rivets, résorbable, vis ou rivets inclus, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 130,13*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 130,13*

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

152736 - 152740 Plaque non-circulaire, spécialement conçue pour fermer le crâne après craniotomie, à utiliser avec vis ou rivets, résorbable ou non, vis ou rivets inclus, par point de fermeture

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 90,09*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 90,09*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

152751 - 152762 Prothèse d'os du crâne sur mesure pour le remplacement d'un volet crânien suite à un accident, une tumeur, une infection, ou toute autre cause responsable d'un manque osseux, ou pour la reconstruction du crâne dans le cadre de maladies congénitales entrainant des déformations ou des cranio-synostoses

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 6.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 6.000,00*

Conditions de remboursement : *B-§06*

B. Neurochirurgie

B.7 Electrodes pour localisation des cibles en cas d'épilepsie réfractaire

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

152773 - 152784 Electrode intracérébrale à utiliser avec vis de guidage, moins de neuf points de contact, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 82,65*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 82,65*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

152795 - 152806 Electrode intracérébrale à utiliser avec vis de guidage, neuf points de contact ou plus, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 51,66*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 51,66*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

152810 - 152821 Electrode intracérébrale à utiliser sans vis de guidage, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 103,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 103,32*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

152832 - 152843 Electrode sous-durale sous la forme d’un strip ou grid, moins de vingt points de contact, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 92,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 92,98*

Conditions de remboursement : *B-§07*

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

152854 - 152865 Electrode sous-durale sous la forme d'un strip ou grid, vingt points de contact ou plus, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 36,16*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 36,16*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

152876 - 152880 Vis de guidage, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 36,16*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 36,16*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

152891 - 152902 Vis de guidage, compatible MEG (magnetoencephalography) par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 80,59*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 80,59*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

152913 - 152924 Electrode foramen ovale à utiliser sans vis de guidage, connecteurs inclus, par point de contact

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 113,65*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 113,65*

Conditions de remboursement : *B-§07*

Conditions de remboursement

B-§01

Prestations liées

150710	150721
150732	150743
150754	150765
150776	150780
150791	150802
150813	150824
150953	150964
150975	150986
150990	151001

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150732-150743, 150791-150802, 150754-150765, 150813-150824, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:
L'intervention chirurgicale doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d'un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d'un médecin spécialiste en neurochirurgie et qui assure un service de garde permanent permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels de la pompe.

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 Pour les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150953-150964 et 150975-150986
Ces prestations 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 d'indications décrites au point 2 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification au médecin-conseil pour autant que :
- les résultats de l'essai effectué durant au moins cinq jours se soient révélés négatifs
et
- tous les autres critères de remboursement repris aux points 1 et 2 susvisés soient réalisés.

4.2. Remplacement
Les prestations 150732-150743 et 150791-150802 150953-150964 et 150975-150986 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification du remplacement par le médecin-spécialiste en neurologie ou neurochirurgie au médecin-conseil, après implantation, pour autant que la première implantation ait fait l'objet d'un accord du médecin-conseil.
En cas de remplacement d'une pompe implantable en cas de spasticité et/ou dystonie, n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3 Remplacement prématuré
Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150754-150765 ou 150813-150824 pour le remplacement prématuré endéans le délai de trois ans suivant 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 peut être accordée par le médecin-conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.
Une intervention de l'assurance obligatoire, dans le délai de trois ans suivant la date de l'implantation, pour le remplacement d'une pompe programmable (150710-150721 ou 150732-150743 ou 150754-150765) par une pompe à débit constant (150776-150780 ou 150791-150802 ou 150813-150824), et inversement, peut être accordée par le médecin-conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

4.4 Dérogation à la procédure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 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 et conformément aux dispositions des points 1 et 2.
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. Divers
Pas d'application.

B-§02	
Prestations liées	
150835	150846
150850	150861
150872	150883
150894	150905
150916	150920
150931	150942
150953	150964
150975	150986
150990	151001
151012	151023
151034	151045
151056	151060
151071	151082
151093	151104
151115	151126
151130	151141
151152	151163
151174	151185
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 douleurs neurogènes, 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, 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 2.2.1., 2.2.3. et 2.2.4. 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´intervention chirurgicale mentionnée en 2.2.2. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d´un service de

chirurgie (spécialisé en chirurgie vasculaire) qui opère effectivement sous la direction d´un médecin spécialiste en chirurgie qui pratique la chirurgie vasculaire, 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´équipe pluridisciplinaire responsable de l´implantation et du traitement est composée :

- pour l´implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.4., d´un neurochirurgien, d´un neurologue ou d´un anesthésiste et

d´un neuropsychiatre ou d´un psychiatre;

- pour l´implantation mentionnée en 2.2.2., d´un chirurgien vasculaire, d´un interniste et du médecin spécialiste qui

réalise l´intervention;

- pour l´implantation mentionnée en 2.2.3. , d´un neurochirurgien, d´un interniste et d´un neuropsychiatre ou d´un psychiatre.

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.

2.2. Indications

2.2.1. L´implantation des dispositifs prévus sous les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151351-151362, 151432-151443, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883 et 171894-171905 doit être pratiquée pour le traitement, par stimulation électrique tonique intracérébrale ou des cordons postérieurs de la moelle épinière, et à l'exception de toutes autres cibles, du syndrome de douleurs neurogènes de longue durée, d´origine centrale ou médullaire ou radiculaire ou secondaire à une lésion traumatique d´un nerf périphérique, réfractaires au traitement chirurgical et/ou pharmacothérapeutique.

2.2.2. L´implantation des dispositifs prévus sous les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151432-151443 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883, 171894-171905, doit être pratiquée pour le traitement d´une thrombo-angéite oblitérante pour laquelle le bénéficiaire souffre d´une douleur ischémique au repos et/ou montre des troubles trophiques limités, et sans qu´il n´y ait aucune indication de revascularisation chirurgicale ou percutanée ou de fibrinolyse.

2.2.3. L´implantation des dispositifs prévus sous les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151351-151362, 151432-151443, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883 et 171894-171905 doit être pratiquée pour le traitement de la douleur consécutive à une pancréatite chronique pour laquelle le traitement pharmacologique courant n´a pas donné de résultat favorable ou a entraîné des effets secondaires sérieux.

2.2.4. L´implantation des dispositifs prévus sous les prestations 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, par stimulation électrique tonique des cordons postérieurs de la moelle épinière, et à l'exclusion de toutes autres cibles, 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.

Les deux situations suivantes entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire:

- 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 et 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 patient. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, au moyen d'une ou plusieurs extensions si nécessaire.

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

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 de la prestation 151012-151023 ou 151034-151045 une garantie (warranty) en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de quinze mois.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104 et 151115-151126, une garantie de quinze mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux (end of life) et une garantie de vingt-quatre mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs bilatéraux (end of life). En outre, une garantie (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de quinze mois.

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

4.1. Première implantation

4.1.1. Pour les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151130-151141, 151196-151200, 151233-151244, 171835-171846 et 151351-151362 dans les indications reprises sous 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3. et 2.2.4. :

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil sur la base du formulaire B-Form-I-1 (Partie 1), ainsi que d´un rapport médical circonstancié établi et signé par tous les membres de l´équipe pluridisciplinaire responsable de l´implantation et du traitement.

Le rapport doit comporter les éléments suivants :

a)

l´anamnèse avec mention des traitements déjà appliqués qui sont restés sans résultats.

b)

- un diagnostic, la nature des lésions et leur caractère irréversible pour l´implantation mentionnée en 2.2.1.;

ou

- le diagnostic stipulant qu´il s´agit bien d´une thrombo-angéite oblitérante pour l´implantation mentionnée en 2.2.2.;

ou

- le diagnostic stipulant qu´il s´agit bien de douleurs consécutives à une pancréatite chronique pour l´implantationmentionnée en 2.2.3.

c)

- l´indication et l´évaluation multidisciplinaire avec un bilan psychologique et/ou psychiatrique, effectué avant la

thérapie d´essai pour l´implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.3..

ou

- l´indication et l´évaluation multidisciplinaire ainsi que les résultats de différents tests dont le doppler pour l´implantation mentionnée en 2.2.2.;

d)

- les résultats d´une thérapie d´essai (pour l´implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.3. il s´agit de stimulation électrique tonique intracérébrale ou des cordons postérieurs de la moelle épinière, et à l'exception de toutes autres cibles) réalisée pendant une période de vingt-huit jours au moins, dont quatorze jours au moins se passent extra-muros, au domicile du bénéficiaire.

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

éléments suivants :

a) douleur;

b) médication;

c) activités de la vie journalière;

d) qualité de vie.

L´évaluation doit être effectuée deux fois en indiquant les dates, une première fois avant la thérapie d´essai et une seconde fois après les vingt-huit jours de la thérapie d'essai.

La thérapie d´essai peut être considérée comme positive lorsque les conditions suivantes sont remplies

simultanément :

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

et

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

mineurs ou suppression de la médication);

et

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

et

- augmentation du périmètre de marche (seulement pour l´implantation mentionnée en 2.2.2).;

et

- amélioration et le cas échéant guérison des troubles trophiques (seulement pour l´implantation mentionnée en

2.2.2.).

4.1.2. Pour la prestation 171850-171861 ou 151432-151443 dans les indications reprises sous 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3. ou 2.2.4. :

L´électrode utilisée pour la stimulation d´essai peut faire l´objet d´une intervention de l´assurance obligatoire après

notification au médecin-conseil pour autant :

- que les résultats de la stimulation d´essai effectuée durant au moins quatre semaines se soient révélés négatifs

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

4.2. Remplacement

4.2.1. Pour les prestations 151056-151060 ou 151093-151104 ou 171835-171846 ou 171872-171883 ou 151351-151362 ou 171894-171905 :

Les prestations ne peuvent faire l´objet d´une intervention de l´assurance obligatoire qu´après notification du remplacement au médecin-conseil, sur la base du formulaire B-Form-I-01 (Partie 2), pour autant que la première implantation ait fait l'objet d'un accord du médecinconseil.

En cas de remplacement d'un neurostimulateur n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.2.2. Pour les prestations 151152-151163, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 171835-171846, 171872-171883, 151351-151362 ou 171894-171905 dans l'indication reprise sous 2.2.4. :

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur au moyen du formulaire B-Form-I-01, signé par tous les membres de l´équipe pluridisciplinaire responsable de l´implantation et du traitement. Les documents desquels il ressort qu´il est satisfait à l´indication susmentionnée doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

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 quinze mois pour les neurostimulateurs unilatéraux et de vingt-quatre mois pour les neurostimulateurs bilatéraux, peut être accordée par le médecin conseil sur base d´un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré du neurostimulateur nonrechargeable.

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 par le médecin-conseil sur base d´un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré et à condition qu´il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

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 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.

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

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

B-§03	
Prestations liées	
151454	151465
151476	151480
151491	151502
151513	151524
151535	151546
151550	151561
151572	151583
151594	151605
151616	151620
151631	151642
151653	151664
151675	151686
151690	151701
151712	151723
151734	151745
151756	151760
151771	151782
151793	151804
151815	151826
151830	151841
151852	151863
151874	151885
151896	151900
151911	151922
151933	151944
151955	151966
151970	151981

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la neurostimulation profonde en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151815-151826, 151830-151841, 151852-151863, 151874-151885, 151896-151900, 151911-151922, 151933-151944, 151955-151966 et 151970-151981 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:
- l'établissement hospitalier doit disposer d'une équipe « mouvements anormaux » (EMA) se composant de minimum deux neurochirurgiens (ETP) et de minimum deux neurologues (ETP), chacun disposant d'une expertise théorique et clinique ainsi que d'une expérience en matière de DBS (les deux collaborant avec une équipe de neurologues et de neurochirurgiens liée à l'établissement hospitalier);
et
- l'établissement hospitalier concerné doit avoir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;
et
- cette équipe comprend également un (ou plusieurs) psychologue(s) compétent(s) en matière d'évaluation neuropsychologique et familiarisé(s) avec l'approche du groupe cible des bénéficiaires concernés, y compris la comorbidité neurologique et psychique fréquemment associée ;
et
- l'équipe comprend aussi le personnel nécessaire et formé pour régler le dispositif et instruire le bénéficiaire et son entourage

en la matière ;
et
- l'établissement hospitalier met un opérateur et une installation vidéo adéquate à la disposition de l'équipe afin de réaliser les évaluations vidéo comme stipulées ci-après ;
et
- chaque indication DBS est faite lors d'une réunion de l'EMA à laquelle au moins le neurochirurgien, le neurologue et le psychologue susmentionnés participent ;
et
- la DBS est effectuée, dans le cadre du présent règlement, par le neurochirurgien de l'équipe, qui détermine l'indication, la cible de la DBS et le type de matériel à utiliser, et ce après une évaluation standardisée et en concertation avec l'équipe multidisciplinaire définie ci-dessus. Après une stimulation d'essai favorable, il passe à l'implantation définitive ;
et
- les membres de l'EMA ne peuvent appartenir qu'à une seule équipe EMA d'un seul établissement hospitalier.
L'établissement hospitalier répondant aux critères susmentionnés, introduit le formulaire B-form-II-1, auprès du Service de soins de santé. Le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier. Cette liste est mise à jour annuellement.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151815-151826, 151830-151841, 151852-151863, 151874-151885, 151896-151900, 151911-151922, 151933-151944, 151955-151966 et 151970-151981 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion
Les bénéficiaires sont sévèrement gênés dans les activités de leur vie journalière (AVJ) par une des affections mentionnées ci-après:
- bénéficiaires ayant pris pendant au moins trois ans une médication orale antiparkinsonnienne et dont la maladie ne peut plus être traitée par médicaments.
ou
- bénéficiaires qui souffrent de tremblements essentiels et dont la maladie ne peut plus être traitée par médicaments.

2.2. Critères d'exclusion
- épisode aigu dépressif / mixte / psychotique/(hypo)maniaque ou délirium qui n'est pas attribuable à une médication dopaminergique antiparkinsonienne;
ou
- troubles induits par une substance, rendant impossible l'usage correct du dispositif ou le suivi médical systématique;
ou
- autre trouble psychiatrique grave rendant impossible l'usage correct du dispositif ou le suivi médical systématique, ou qui pourrait s'aggraver par le fait même de l'implantation;
ou
- démence.

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151955-151966 et 151970-151981 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition
Pas d'application

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151955-151966 et 151970-151981 les garanties suivantes doivent être données:
a) Défaut du dispositif
Une garantie (warranty) pour un neurostimulateur non-rechargeable doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de quinze mois.

b) Durée de vie
Neurostimulateur non-rechargeable :
Une garantie au prorata de quinze mois doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux et une garantie au prorata de vingt-quatre mois doit être donnée pour les neurostimulateurs bilatéraux.

Neurostimulateur rechargeable :

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 (151955-151966 et 151970-151981) une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151690-151701, 151712-151723, 151815-151826, 151852-151863, 151874-151885, 151911-151922 et 151955-151966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation de ces dispositifs sur base du formulaire B-Form-I-02 (Parkinson) ou B-Form-I-03 (Tremblements essentiels), qui est transmis par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil dans les nonante jours calendrier après l'implantation.
Les documents et enregistrements vidéos desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions susmentionnées, doivent toujours être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
En cas de remplacement, pour les prestations 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151830-151841, 151896-151900, 151933-151944 et 151970-151981 la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.
En cas de remplacement, la raison du remplacement doit être indiquée dans la notification.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2 Autres règles
Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151690-151701, et 151712-151723 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hémisphère cérébrale.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

B-§04	
Prestations liées	
152176	**152180**
152191	**152202**
152213	**152224**
152235	**152246**
152250	**152261**
152272	**152283**

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

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

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

2.1. Indications:
- complications liées au drainage (over-drainage) : "slit-ventricule syndrome" prouvé par CT;
ou
- pseudo-tumor cerebri;
ou
- hydrocéphalie normo-tensive;
ou
- nourrisson;
ou
- kystes cérébraux non-tumoraux;
ou
- remplacement d'une valve réglable qui a fait antérieurement l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire selon ces mêmes critères.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à une des indications susmentionnées, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

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

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

B-§05

Prestations liées

152611	152622
152633	152644

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au ciment utilisé en neurochirurgie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application.

5.2. Autres règles
Le poids du ciment des prestations 152611-152622 et 152633-152644 est calculé en prenant en compte uniquement la poudre sèche. Les solvants n'entrent pas en ligne de compte. Il ne s'agit donc pas du poids du mélange.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

B-§06
Prestations liées

152751	152762

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses d'os du crâne sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:
- la surface osseuse à combler au moyen de l'implant est supérieure à 35cm²
ou
- le plus grand diamètre du manque osseux à combler est supérieur ou égal à 10cm. Ce plus grand diamètre peut être réduit à 5cm si le manque osseux à combler est situé au niveau du visage, ou si le bénéficiaire n'a pas terminé sa croissance.

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

3.1. Définition
La prestation couvre l'ensemble du processus de fabrication de l'implant (scan, …) ainsi que l'ensemble des accessoires y compris les accessoires de fixation (plaques, vis, ciment, colle …).

3.2. Critères
Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord par le médecin-conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin spécialiste implanteur (accompagné de tout protocole d'examen médico-technique utile pour démontrer la surface à combler). Ce rapport permet au médecin conseil de juger si la demande répond aux indications reprises dans ce paragraphe, y compris en ce qui concerne la surface osseuse.

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

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

B-§07

Prestations liées

152773	152784
152795	152806
152810	152821
152832	152843
152854	152865
152876	152880
152891	152902
152913	152924

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux électrodes pour localisation des cibles en cas d'épilepsie réfractaire il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 152773-152784, 152795-152806, 152810-152821, 152832-152843, 152854-152865, 152876-152880, 152891-152902 et 152913-152924 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un centre conventionné de référence en matière d'épilepsie réfractaire.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

B-§08

Prestations liées

170892	170903
170914	170925
170936	170940
170951	170962
170973	170984
170995	171006
171010	171021
171032	171043
171054	171065
171076	171080

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 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 a conclu la convention de rééducation « centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire ».

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 170892-170903, 170914-170925 et 171010-171021, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984, 170995-171006, 171032-171043, 171054-171065 et 171076-171080 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion

Le bénéficiaire est atteint de crises d'épilepsie partielles ou généralisées.
L'épilepsie est réfractaire, c'est-à-dire qu'un contrôle satisfaisant des crises ne peut pas être obtenu avec un des médicaments antiépileptiques potentiellement efficaces, administré seul ou en combinaison, à des doses thérapeutiques optimales et non associées à des effets secondaires inacceptables, les crises entraînant des incapacités et un handicap.
Le bénéficiaire doit avoir été traité par un traitement pharmacologique optimal. Le bénéficiaire n'a pas de contrôle satisfaisant de l'épilepsie avec au minimum trois thérapies différentes, dont au minimum une association, aux doses optimales et durant une période suffisante pour en apprécier l'efficacité.
Le bénéficiaire n'est pas éligible pour une chirurgie ou la chirurgie de l'épilepsie est un échec.
L'évaluation préchirurgicale inclut les tests suivants :

1. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises
2. IRM à haute résolution du cerveau
3. FDG-PET du cerveau
4. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants :
    i. QI
    ii. mémoire
    iii. fonctions exécutives frontales
5. Évaluation psychiatrique

Au cas où un examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l'enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un stimulateur du nerf vague), la raison doit en être clairement mentionnée dans le formulaire.
L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.1. Critères d'exclusion

- bénéficiaires ayant subi une vagotomie cervicale gauche ou bilatérale.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984 et 170995-171006 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Pas d'application

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'

études cliniques. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Parmi les études cliniques réalisées, il faut au minimum une étude de suivi sur au minimum 100 patients suivis pendant minimum deux ans, ainsi qu'une étude clinique comparative, randomisée au minimum pendant trois mois et ayant une puissance statistique déterminée a priori d'au moins 80%. L'étude de suivi et l'étude randomisée peuvent être la même étude. Si l'utilisation du dispositif est possible chez les enfants, une étude de suivi sur au minimum 100 enfants suivis pendant minimum 2 ans devra également être fournie.
Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques.

3.3. Condition de garantie
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984 et 170995-171006, les garanties suivantes doivent être données:
Défaut du dispositif :
Une garantie (warranty) pour un neurostimulateur non-rechargeable en cas de défaut de l'appareil doit être donnée pour une période de 24 mois pour les dispositifs implantés à partir de l'entrée en vigueur de cet arrêté.
Durée de vie :
Une garantie totale pour un neurostimulateur non-rechargeable en cas d'end-of-life doit être donnée pour une période de 24 mois pour les dispositifs implantés à partir de l'entrée en vigueur de cet arrêté.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les prestations 170892-170903, 170914-170925, 171010-171021 et 171054-171065 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs.
La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, avant implantation, par l'épileptologue au Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire B-Form-I-04 reprenant entre autre un rapport médical détaillé établi et signé par tous les membres de l'équipe multidisciplinaire responsable de l'implantation et du traitement.
En cas de doute, le Collège fait appel à une Commission Peer-review, composée des prestataires ayant signé la convention de rééducation « centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire », qui donnera un avis.
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.
La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et à l'épileptologue.

4.2. Remplacement

4.2.1. Remplacement d'un neurostimulateur

En cas de remplacement, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, après implantation, au Collège des médecins directeurs par l'épileptologue, sur base du formulaire B-Form-I-05.
En cas de remplacement d'un neurostimulateur n'ayant pas fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.2.2. Remplacement d'une électrode ou d'un accessoire
Les prestations 171032-171043 et 171076-171080 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification du remplacement au médecin-conseil via le formulaire B-Form-I-06.

4.3. Remplacement prématuré
Par dérogation aux dispositions du point 5.2., un renouvellement prématuré (prestation 170973-170984 ou 170995-171006) de l'intervention de l'assurance obligatoire pour le neurostimulateur (prestation 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940 ou 170951-170962) peut être accordé par le Collège des médecins-directeurs sur la base d'un rapport médical circonstancié mentionnant l'indication absolue pour un remplacement prématuré. La demande de renouvellement prématuré de la prestation est transmise, par l'épileptologue, au Collège des médecins-directeurs.
Pendant la période de garantie et en cas de dysfonctionnement qui n'est pas lié à la pathologie du bénéficiaire ou à l'évolution de sa situation médicale, le distributeur est obligé d'appliquer les conditions de garantie et de fournir une note de crédit, quel que soit le distributeur qui fournit le neurostimulateur de remplacement.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170892-170903 ou 170914-170925 ou 170936-170940 ou 170951-170962 ou 170973-170984 ou 170995-171006 exclut, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171614-171625, 171636-171640 et 171651-171662 et inversement.

5.2. Autres règles
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170936-170940 ou 170951-170962 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984 ou 170995-171006.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application.";
c) Une liste nominative associée aux prestations 170892-170903,170914-170925,170936-170940,170951, 170962,170973-170984,170995-171006 171010-171021, 171032-171043, 171054-171065 et 171076-171080 est établie et jointe respectivement comme annexe 1 au présent arrêté.

B-§09	
Prestations liées	
171496	171500
171511	171522
171533	171544
171555	171566
171570	171581
171592	171603
171614	171625
171636	171640
171651	171662
171673	171684
171695	171706
171710	171721
171732	171743
171754	171765
171776	171780
171791	171802
171813	171824

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. But de la convention
Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant les neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui cours du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2019 inclus. Pendant cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171614 -171625, 171636-171640, 171651-171662, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants et qui a conclu la convention B-ACL-001 avec le Comité de l'assurance:

L'établissement hospitalier doit durant la totalité de la durée de la convention répondre aux critères ci-dessous.

2.1. Seuls les établissements hospitaliers ayant signé la convention de rééducation des centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie rebelle peuvent adhérer à cette convention.

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

La pose d'indication, l'évaluation pré-chirurgicale, l'implantation, y compris les remplacements, la rééducation et un suivi à long terme ne peuvent être effectuées que par ces seuls établissements hospitaliers. Le Comité de l´assurance soins de santé dresse, sur proposition du Service des soins de santé, une liste, mise à jour de façon continue, avec la composition de l´équipe par établissement hospitalier et l´envoie pour information à la Commission.

L'établissement hospitalier et les médecins ayant adhéré à la convention B-ACL-001 s'engage à collaborer à l'évaluation visée au point 9.

Le suivi du bénéficiaire au quotidien est permis hors de ces centres de référence.

2.2 Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier
L'établissement hospitalier doit se faire connaître auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire B-Form-II-02

2.3. Accord de coopération
L'établissement hospitalier ne peut conclure ni d'accord de coopération formalisé avec d'autres établissements hospitaliers ni d'associations hospitalières. De plus, l'intervention doit être réalisée dans les murs de l'établissement hospitalier habilité.

3. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171614-171625, 171636-171640, 171651-171662, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

3.1. Critères d'inclusion
1) Le bénéficiaire est atteint d'épilepsie focale avec des crises focales complexes, avec ou sans généralisation secondaire.
2) Le bénéficiaire est atteint d´épilepsie réfractaire, c´est-à-dire qu'un contrôle satisfaisant des crises ne peut pas être obtenu avec un des médicaments antiépileptiques potentiellement efficaces, administré seul ou en combinaison, à des doses thérapeutiques optimales et non associées à des effets secondaires inacceptables, les crises entrainant des incapacités et un handicap.
3) Le bénéficiaire doit avoir été traité par un traitement pharmacologique optimal. Le bénéficiaire n'a pas de contrôle satisfaisant de l'épilepsie avec au minimum 3 thérapies différentes, dont au minimum une association, aux doses optimales et durant une période suffisante pour en apprécier l'efficacité.
4) Le bénéficiaire n'est pas éligible pour une chirurgie ou la chirurgie de l'épilepsie est un échec. L'évaluation préchirurgicale inclut les tests suivants :
  a. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises
  b. IRM à haute résolution du cerveau
  c. FDG-PET du cerveau
  d. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants :
    i. QI
    ii. mémoire
    iii. fonctions exécutives frontales
  e. Évaluation psychiatrique incluant entre autres les éléments suivants :
    i. inventaire de dépression de Beck
    ii. QoLIE-31
Au cas où un examen ne serait pas réalisable, par exemple suite à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l´implantation d´un stimulateur pour stimulation cérébrale profonde), la raison doit en être clairement mentionnée dans le formulaire.
5) Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans et de maximum 65 ans lors de l'implantation.
6) Le bénéficiaire est capable d'utiliser un programmateur et de se soumettre aux tests demandés
7) Seuls les bénéficiaires clairement capables, de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cette déclaration doit expliquer de manière détaillée les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial.
8) Si le bénéficiaire est traité par stimulation du nerf vague et en cas de résultats insuffisants, il faut minimum 2 ans depuis la primo-implantation pour pouvoir implanter un neurostimulateur DBS et inversement.
9) La zone stimulée (cible) est celle qui est reprise dans les indications couvertes par le marquage CE en vigueur.

3.2. Critères d'exclusion
1) Affection neurologique ou médicale grave qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.
2) Toute contre-indication chirurgicale pour subir une DBS, y compris les contre-indications connues pour la DBS et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,…).
3) Utilisation inappropriée d'un produit (alcool, drogue,…), abus de substance qui ne permet pas un usage correct de l'appareil ou rendant un suivi médical/psychiatrique systématique impossible.
4) Idées suicidaires
5) Problématique chronique psychotique non stabilisée sous traitement, à l'exception de la psychose péri-ictale

4. Critères concernant le dispositif
Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition
Pas d'application

4.2. Critères
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684 et 171695-171706, le dispositif doit répondre aux critères

suivants :

Le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d' études cliniques. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Parmi les études cliniques réalisées, il faut au minimum une étude de suivi sur au minimum 100 patients suivis pendant minimum 2 ans, ainsi qu'une étude clinique comparative, randomisée au minimum pendant 3 mois et ayant une puissance statistique déterminée a priori d'au moins 80%. L'étude de suivi et l'étude randomisée peuvent être la même étude.

Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques.

4.3. Conditions de garantie
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171791-171802 et 171813-171824, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :
? neurostimulateurs non-rechargeables :
une garantie totale de 24 mois doit être donnée pour les neurostimulateurs non-rechargeables
? neurostimulateurs rechargeables:
une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata. Pour le chargeur 171791-171802 et 171813-171824, une garantie totale de neuf ans est exigée. Les prestations 171614-171625, 171636-171640 et 171651-171662 doivent également répondre à ces conditions de garantie.

5. Nombre de bénéficiaires
Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire est limité à 40 nouveaux bénéficiaires pour la première année et à 25 nouveaux cas par an pour les années suivante

Dès que le nombre menace d'être dépassé, le Secrétariat en informe la Commission et il est demandé à l'évaluateur de communiquer un rapport intermédiaire.

La Commission informe les établissements hospitaliers et les distributeurs du dispositif concerné et prend les mesures nécessaires.

6. Procédure de demande et formulaires

6.1 Première implantation
La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 171496-171500, 171555-171566, 171614-171625, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 et 171791-171802 se déroule comme suit:

La demande d'intervention pour les prestations 171496-171500, 171555-171566, 171614-171625, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 et 171791-171802 est introduite avant implantation par l'épileptologue sur base du formulaire B-Form-I-07 au Collège des médecins-directeurs.

Ces prestations ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance qu'après accord du Collège des médecins-directeurs. En cas de doute, le Collège des médecins-directeurs peut transmettre la demande à une Commission Peer Review , composée des prestataires ayant signé la convention de rééducation « centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire. Cette Commission Peer Review est alors tenue d'examiner la demande de l'équipe du centre de référence dans les trois mois. La Commission Peer Review avertit l'équipe du centre de référence qui a introduit la demande afin de lui permettre de la défendre. Au cours de la discussion portant sur les dossiers qui entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance pour la neurostimulation, un membre du Collège des médecins-directeurs ou un médecin, membre de la Commission, peut toujours être présent. Minimum deux membres de la Commission Peer Review issus de deux établissements autres que le centre de référence demandeur doivent donner leur accord.

La Commission Peer Review envoie ses conclusions argumentées (accord-refus-report) au Collège des médecins-directeurs.

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

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les trente jours ouvrables. Si ce Collège a demandé un avis de la Commission peer-review, Il communique sa décision motivée dans les trente jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review. Cette décision est communiquée à l'épileptologue du centre de référence concerné et qui a adhéré à la convention, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

Les documents desquels il ressort qu´il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 3. doivent être conservés

dans le dossier médical du bénéficiaire.

Jusqu'à l'obtention d'un marquage C.E., les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au Collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil
Dans ce cas, la prestation 171614-171625 doit être attestée.

6.2. Remplacement
Dans le cas d'un renouvellement d'un dispositif qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire dans le cadre de cette convention, la demande pour les prestations 171511-171522, 171570-171581 171636-171640, 171695-171706, 171732-171743, 171776-171780 et 171813-171824 peut être introduite par l'épileptologue après implantation au Collège des médecins-directeurs au moyen du formulaire de demande B-Form-I-08.

La demande contient notamment un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être mentionné entre autres le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement.

Jusqu'à l'obtention d'un marquage C.E., les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil.

Dans ce cas, la prestation 171636-171640 doit être attestée.

6.3 Remplacement anticipé
La procédure expliquée au point 6.2. doit être appliquée.

Jusqu'à l'obtention d'un marquage C.E., les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au collège des médecins-directeurs.

Dans ce cas, la prestation 171651-171662 doit être attestée.

6.4 Dérogation à la procédure
Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la présente convention et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 3, une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordée suivant les modalités prévues au point 6.1.

Dans ce cas particulier, l'équipe du centre de référence fait parvenir un dossier de demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour un renouvellement au Collège des médecins-directeurs sur base des formulaires B-Form-I-07 et 08. Ce dossier comprendra les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères d'intervention de l'assurance obligatoire ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement.

Le Collège prendra la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement, éventuellement sur base de l'avis de la Commission Peer Review.

7. Règles d'attestation

7.1 Règles de cumul et de non-cumul
Une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171614-171625, 171636-171640 ou 171651-171662 exclut, pendant une période de deux ans, une intervention de l´assurance pour les prestations 170892-170903, 170936-170940 et 170973-170984.

7.2. Autres règles
Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 en 171813-171824 suivent les modalités de remboursement de la catégorie A.

Les prestations 171614-171625, 171636-171640 ou 171651-171662 suivent les modalités de remboursement de la catégorie F.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171511-171522 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 171496-171500, 171511-171522 ou 171533-171544.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171570-171581 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171614-171625, 171636-171640 ou 171651-171662.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171636-171640 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603,171614-171625, 171636-171640 ou 171651-171662..

7.3 Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application.

8. Engagements de l'établissement hospitalier

8.1. L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de tenir à jour consciencieusement les données de suivi des patients traités dans le cadre de cette convention.

Les données de suivi des patients doivent être complétées après 12 et 24 mois après l'intervention au moyen du formulaire B-Form-I-09. Ces formulaires doivent également être tenus dans le dossier du bénéficiaire.

Lorsque le Service des soins de santé constate qu'un établissement hospitalier ne respecte pas cette condition, l'établissement en question en est informé et le remboursement du dispositif est suspendu jusqu'à ce qu'il complète les follow-up manquants.

Par « follow-up manquant », on entend plus de 20 % des follow-up de ses patients sont manquants ou incomplets pour une période de 1 an.

L'établissement doit alors compléter les follow-up manquants ou motiver de manière détaillée la raison de ces manquements.

Lorsque celui-ci a complété les follow-up manquants, il prévient le Service des Soins de santé.

Si l'établissement ne dépasse plus le taux de 20 % des follow-up manquants, la suspension de l'intervention de l'assurance obligatoire est levée.

Si un établissement n'a pas complété le taux minimum requis pour ses follow-up manquants dans les trois mois après qu'il ait été informé par le Service, ce dernier le signale au Comité de l'assurance, qui peut alors décider du retrait de l'adhésion à la convention.

8.2. Communication de toute modification
Le pouvoir organisateur de l´établissement hospitalier porte la responsabilité de communiquer, sans délai, chaque modification au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l´INAMI et bien entendu à tous ceux qui sont concernés, dont en premier lieu les bénéficiaires.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles et par e-mail à implant@inami.fgov.be

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

9. Analyse

9.1. L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la Commission Peer Review et les organismes assureurs qui ont signé la convention. Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

9.2. Analyse intermédiaire – Rapport

Pour la date du 1er juin 2017 , l'évaluateur doit rédiger un rapport intermédiaire sur base des données collectées et le transmettre à la Commission.

Ce rapport intermédiaire comprend au minimum les éléments suivants :
1) le nombre de patients traités, sexe, âge ;
2) analyse de tous les critères d'inclusion et d'exclusion dont indications, contre-indications, durée des symptômes, traitements, autres affections psychiatriques comorbides ;
3) résultats de la neurostimulation :
  a. modification de la sévérité des crises
  b. modification de la fréquence des crises
  c. taux de répondeurs (= diminution de 50% ou plus de la fréquence des crises)

d. modification du traitement médicamenteux
e. modification du nombre d'hospitalisations / consultations / visites aux urgences par an
f. effets sur les autres paramètres psychiatriques (dépression, suicide, perte de mémoire,..)
g. amélioration des aptitudes fonctionnelles
h. amélioration de la qualité de vie
4) effets secondaires, complications
5) Une comparaison des résultats avec la littérature existante

Si ce rapport intermédiaire n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

9.3. Analyse – Rapport final
Pour la date du 1er juillet 2019, l'évaluateur doit rédiger un rapport final sur base des données collectées et le transmettre à la Commission.

Ce rapport final comprend au minimum les éléments suivants :
1) le nombre de patients traités, sexe, âge ;
2) analyse de tous les critères d'inclusion et d'exclusion dont indications, contre-indications, durée des symptômes, traitements, autres affections psychiatriques comorbides ;
3) résultats de la neurostimulation :
a. modification de la sévérité des crises
b. modification de la fréquence des crises
c. taux de répondeurs (= diminution de 50% ou plus de la fréquence des crises)
d. modification du traitement médicamenteux
e. modification du nombre d'hospitalisations / consultations / visites aux urgences par an
f. effets sur les autres paramètres psychiatriques (dépression, suicide, perte de mémoire,..)
g. amélioration des aptitudes fonctionnelles
h. amélioration de la qualité de vie
4) effets secondaires, complications
5) une analyse rétrospective des coûts médicaux directs réalisée avec une comparaison des coûts cumulatifs pendant une période de un an avant l'implantation du stimulateur DBS avec les coûts cumulatifs de l'année suivant l'implantation. Les coûts étudiés seront les suivants :
a. nombre et durée des admissions en établissement hospitalier et liées à l'épilepsie. Les examens techniques relatifs au diagnostic et au traitement sont inclus, les coûts dus à l'évaluation préchirurgicale ne font pas l'objet de l'étude
b. nombre de visite aux urgences
c. nombre de visite chez le médecin généraliste ou le neurologue
d. nombre et dose de spécialités pharmaceutiques antiépileptiques
6) une analyse des coûts indirects
7) une comparaison des résultats avec la littérature existante

Les organismes assureurs fourniront les données qui apparaissent sur la facture de l'établissement hospitalier, afin de confirmer l'analyse de coût effectuée par la commission Peer Review.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission. en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Comité de l'assurance par l'intermédiaire de la Commission.

10. Droit de résilitation pour chaque partie prenante
La convention entre en vigueur le 1er janvier 2015 et est valable jusqu'au 31 décembre 2019 inclus mais peut toujours être résiliée par l'Inami ou par un établissement hospitalier par lettre recommandée à la poste, adressée à l´autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d´envoi de la lettre recommandée.

Elle expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

11. Divers
A la demande de la Commission ou de l'évaluateur, une réunion peut être organisée à tout moment.

B-§10	
Prestations liées	
150835	150846
150850	150861
150872	150883
150894	150905
150916	150920
150931	150942
150953	150964
150975	150986
150990	151001
151012	151023
151034	151045
151056	151060
151071	151082
151093	151104
151115	151126
151130	151141
151152	151163
151174	151185

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

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

L´intervention chirurgicale mentionnée en 2.2.1.et 2.2.2.. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d´un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d´un médecin spécialiste en neurochirurgie et qui assure un service de garde permanent permettant au bénéficiaire de s´y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels de la pompe.

L´équipe pluridisciplinaire responsable de l´implantation et du traitement est composée :
- pour l´implantation mentionnée en 2.2.1. d´un neurochirurgien, d´un neurologue ou d´un anesthésiste et d´un neuropsychiatre ou d´un psychiatre;

- pour l´implantation mentionnée en 2.2.2. , d´un neurochirurgien, d´un interniste et d´un neuropsychiatre ou d´un psychiatre

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

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

2.2. Indications
2.2.1. L´implantation des dispositifs prévus sous les prestations, 150835-150846, 150894-150905, 150850-150861, 150872-150883, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 doit être pratiquée pour le traitement, par administration intrathécale de morphine ou d´un agent morphinomimétique, du syndrome de douleurs neurogènes de longue durée, d´origine centrale ou médullaire ou radiculaire ou secondaire à une lésion traumatique d´un nerf périphérique, réfractaires au traitement chirurgical et/ou pharmacothérapeutique.

2.2.2. L´implantation des dispositifs prévus sous les prestations 150835-150846, 150894-150905, 150850-150861, 150872-150883, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 doit être pratiquée pour le traitement de la douleur consécutive à une pancréatite chronique pour laquelle le traitement pharmacologique courant n´a pas donné de résultat favorable ou a entraîné des effets secondaires sérieux.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
4.1.1. Pour les prestations 150835-150846, 150894-150905, 150953-150964, 150975-150986 dans les indications reprises sous 2.2.1. et 2.2.2:

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil, sur la base du formulaire B-Form-I-01 (Partie 1), ainsi que d´un rapport médical circonstancié établi et signé par tous les membres de l´équipe pluridisciplinaire responsable de l´implantation et du traitement.

Le rapport doit comporter les éléments suivants :

a)
l´anamnèse avec mention des traitements déjà appliqués qui sont restés sans résultats.

b)
- un diagnostic, la nature des lésions et leur caractère irréversible pour l´implantation mentionnée en 2.2.1.;
ou

- le diagnostic stipulant qu´il s´agit bien de douleurs consécutives à une pancréatite chronique pour l´implantation mentionnée en 2.2.2.
c)
- l´indication et l´évaluation multidisciplinaire avec un bilan psychologique et/ou psychiatrique, effectué avant la thérapie d´essai pour l´implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.2.
d)
- les résultats d´une thérapie d´essai (pour l´implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.2., il s´agit d'administration intrathécale de morphine ou d´un agent morphinomimétique) réalisée pendant une période de vingt-huit jours, dont quatorze jours au moins se passent extra-muros, au domicile du bénéficiaire.
- l´évaluation de cette thérapie d´essai doit être faite selon des critères standardisés et est jugée en fonction des éléments suivants :
a) douleur;
b) médication;
c) activités de la vie journalière;
d) qualité de vie.

L´évaluation doit être effectuée deux fois en indiquant les dates, une première fois avant la thérapie d´essai et une seconde fois après les vingt-huit jours de la thérapie d'essai.
La thérapie d´essai peut être considérée comme positive lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément :
- diminution d´au moins 50 % de la douleur;
et
- réduction manifeste de la médication (réduction des doses, retour à une médication de type analgésiques mineurs ou suppression de la médication);
et
- amélioration significative dans les scores "activités de la vie journalière" et "qualité de vie".

4.1.2. Pour la prestation 150990-151001 dans l'indication 2.2.1. :
Le cathéter utilisé pour la stimulation d´essai peut faire l´objet d´une intervention de l´assurance obligatoire après notification par le médecin-spécialiste au médecin-conseil pour autant que les résultats de la stimulation d´essai effectuée durant au moins vingt-huit jours se soient révélés négatifs et que tous les autres critères de remboursement repris aux points 1. et 2. susvisés soient réalisés.

4.2. Remplacement
Pour les prestations 150850-150861, 150916-150920, 150953-150964 :
Les prestations ne peuvent faire l´objet d´une intervention de l´assurance obligatoire qu´après notification du remplacement au médecin-conseil, sur la base du formulaire B-Form-I-01 (Partie 2), pour autant que la première implantation ait fait l'objet d'un accord du médecin-conseil. En cas de remplacement d'une pompe n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150872-150883 ou 150931-150942 pour un remplacement prématuré, c´est-à-dire avant le délai de trois ans repris au point 5.1., peut être accordée par le médecin conseil sur base d´un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré de la pompe.
Une intervention de l´assurance obligatoire (prestations 150872-150883 ou 150931-150942), dans le délai de trois ans, pour le remplacement prématuré d´une pompe programmable (150835-150846 ou 150850-150861) par une pompe à débit constant (150894-150905 ou 150916-150920), et inversement, peut être accordée par le médecin-conseil sur base d´un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

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

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

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

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

5.2 Autres règles
Pas d'application.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

B-§11 Prestations liées	
173014	173025
173036	173040
173051	173062
173073	173084
173095	173106
173110	173121
173132	173143
173154	173165
173176	173180
173191	173202
173213	173224
173235	173246
173250	173261
173272	173283
173294	173305
173316	173320
173331	173342
173353	173364
173375	173386
173390	173401
173412	173423
173434	173445
173456	173460
173471	173482
173493	173504
173515	173526
173530	173541

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

1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant les neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court du 1er août 2016 au 31 décembre 2021 inclus. Pendant cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173154-173165, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173250-173261, 173272-173283, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342, 173353-173364, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526 et 173530-173541 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 et qui a conclu la convention B-ACL-02 avec le Comité de l'assurance:

L'établissement hospitalier doit durant la totalité de la durée de la convention répondre aux critères ci-dessous.

2.1 Seuls les établissements hospitaliers qui disposent d'une équipe TOC composée d'au moins 1 neurochirurgien à équivalent temps plein qui présente une expertise clinique et théorique, fait valoir une expérience en stimulation cérébrale profonde et qui travaille en collaboration avec minimum 2 psychiatres à équivalent temps plein qui disposent d'une expérience clinique pour le traitement de troubles obsessionnels compulsifs, peuvent adhérer à la convention. (Les deux collaborant avec une équipe de neurochirurgiens et psychiatres liées à l'établissement hospitalier).

L'établissement hospitalier concerné doit avoir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

L'équipe multidisciplinaire doit disposer d'une expérience tant sur le plan chirurgical que psychiatrique. Elle doit ainsi faire preuve d'une certaine expérience en matière de stimulation cérébrale profonde ainsi que d'une expertise spécifique et d'une expérience clinique démontrée pour le traitement des troubles obsessionnels compulsifs.

L'expertise substantielle doit être démontrée par la mise à disposition d'un aperçu des publications scientifiques dans des revues peer-reviewed, des lectures lors de congrès qui démontrent l'expertise dans le domaine de la stimulation cérébrale profonde et des TOC. L'expertise dans le domaine des TOC peut aussi bien se situer sur le plan médico-thérapeutique que chirurgical.

Bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs établissements hospitaliers, ils ne peuvent signer la demande de remboursement que dans un établissement hospitalier chacun.

2.2 Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier qui satisfait aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur la base du formulaire B-Form-II-03.

2.3. Accord de coopération

L'établissement hospitalier ne peut conclure ni d'accord de coopération formalisé avec d'autres établissements hospitaliers ni d'associations hospitalières. De plus, l'intervention doit être réalisée dans les murs de l'établissement hospitalier habilité.

3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173154-173165, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173250-173261, 173272-173283, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342, 173353-173364, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526 et 173530-173541 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

3.1. Critères d'inclusion

1. Le tableau clinique du bénéficiaire doit répondre aux TOC selon les critères DSM-IV-TR et cela doit être le diagnostic principal.

2. Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation.

3. Seuls les bénéficiaires clairement capables, de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cette déclaration doit expliquer de manière détaillée les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial.

Le bénéficiaire s'engage également à un follow-up post-opératoire. Pendant et après l'implantation, les bénéficiaires doivent être évalués et conservent le droit de se retirer à tout moment de la procédure complète. L'intervention ne vise qu'à diminuer les symptômes TOC du bénéficiaire et par conséquent améliorer la qualité de vie du bénéficiaire et ne peut jamais être utilisé à des fins politiques, sociales ou dans le cadre d'obligations légales.

4. Le questionnaire validé standardisé/l'interview doit démontrer que le sujet satisfait aux critères de trouble obsessionnel compulsif. Toutes les obsessions et compulsions présentes sont répertoriées sur la Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), et les bénéficiaires doivent obtenir un score minimum de 30/40 en ce qui concerne la gravité si on constate la présence d'obsessions et de compulsions, et un

score de 18/20 minimum si seule la présence d'obsessions ou de compulsions est constatée. En ce qui concerne le fonctionnement, le "Global Assessment of Functioning" (GAF) ne peut obtenir qu'un score de 45 maximum. Ces scores sont obtenus après échec des traitements repris au point 6) et de la psychothérapie comportementale décrite au point 7).

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

5. Le bénéficiaire doit souffrir de ce trouble depuis 5 ans minimum, les obsessions ou compulsions n'ont pas pu être contrôlées suffisamment par un traitement optimal (cfr point 6) et 7)) et l'équipe thérapeutique 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 de 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.

3.2. Critères d'exclusion

1. Affection neurologique ou médicale grave démontrable, ou affection du cerveau organique qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.

2. Toute contre-indication chirurgicale pour subir une stimulation cérébrale profonde, y compris les contre-indications connues pour la stimulation cérébrale profonde et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,…).

3. Délirium ou des épisodes aigus mixte/psychotique/(hypo)maniaques selon la DSM – IV-TR.

4. Désir suicidaire actif

5. Problématique chronique psychotique qui n'est pas stabilisé sous traitement.

6. Mode d'utilisation inapproprié d'un produit qui ne permet pas un usage correct de l'appareil ou rendant un follow-up médical/psychiatrique systématique impossible.

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

4. Critères concernant le dispositif

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173154-173165, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526 et 173530-173541 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

Pas d'application

4.2. Critères

Pas d'application

4.3. 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, 173154-173165, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173515-173526 et 173530-173541, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Neurostimulateurs non-rechargeables :

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

- Neurostimulateurs rechargeables:

une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata. Pour le chargeur 173515-173526 et 173530-173541, une garantie totale de neuf ans est exigée.

Les prestations 173250-173261, 173272-173283, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342 et 173353-173364, doivent également répondre à ces conditions de garantie.

5. Nombre de dispositifs

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire est limité à 8 nouveaux bénéficiaires par an.

Dès que le nombre menace d'être dépassé, le Secrétariat en informe la Commission. La Commission informe les établissements hospitaliers et les distributeurs du dispositif concerné et prend les mesures nécessaires.

En cas de risque de dépassement, une réunion entre la Commission Peer Review et la Commission doit être organisée.

6. Procédure de demande et formulaires

6.1. Première implantation

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173132-173143, 173154-173165, 173250-173261, 173272-173283, 173375-173386, 173434-173445, 173471-173482 et 173515-173526 se déroule comme suit:

La demande d'intervention pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173132-173143, 173154-173165, 173250-173261, 173272-173283, 173375-173386, 173434-173445, 173471-173482 et 173515-173526 est introduite avant implantation par l'équipe TOC sur base du formulaire B-Form-I-10 via le médecin-conseil au Collège des médecins-directeurs.

En sus de la motivation du centre qui introduit le dossier, le dossier doit obligatoirement comprendre la déclaration de consentement éclairé et un second avis psychiatrique, sous forme d'un rapport médical circonstancié établi lors d'une consultation avec le bénéficiaire, d'un service psychiatrique autre que celui du centre où se déroulera l'implantation. Cet autre service psychiatrique doit faire partie d'un établissement hospitalier qui doit également avoir une expertise dans les domaines de la stimulation cérébrale profonde et des TOC. La preuve de cette expertise peut en tout temps être demandée.

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

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

Les membres de la Commission Peer Review sont des représentants du Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, en particulier sa section "Commission belge de Neurochirurgie pour affections psychiatriques" et des équipes pluridisciplinaires TOC.

La Commission belge de neurochirurgie pour affections psychiatriques se compose au moins de psychiatres et de neurochirurgiens et d'un éthicien de différents centres répartis sur l'ensemble du pays.

La Commission Peer Review est tenue d'examiner la demande de l'équipe TOC dans les 6 mois. La Commission Peer Review avertit l'équipe TOC qui a introduit la demande afin de lui permettre de la défendre. Au cours de la discussion portant sur les dossiers relatifs au remboursement de la neurostimulation, un membre du Collège des médecins-directeurs ou un médecin, membre de la CRIDMI peut toujours être présent.

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

Pour ce faire, la Commission Peer Review envoie sa conclusion argumentée (accord-refus-report) au Collège.

Le Collège communique sa décision motivée dans les 30 jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review. Cette décision est communiquée à l'équipe TOC concernée qui a adhéré à la convention, aux bénéficiaires concernés via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

Le Collège peut décider en tout temps et s'il craint que le nombre de 8 nouveaux bénéficiaires par an soit dépassé qu'un classement des bénéficiaires en fonction de la sévérité de leur pathologie soit établi par la Commission Peer Review.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 3. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Jusqu'à l'obtention d'un marquage C.E. dans cette indication, les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au Collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil.

Dans ce cas, les prestations 173250-173261 et 173272-173283 doivent être attestées.

6.2. Remplacement

Dans le cas d'un renouvellement d'un dispositif qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, la demande pour les prestations 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342, 173353-173364, 173390-173401, 173456-173460, 173493-173504 et 173530-173541 peut être introduite par l'équipe TOC après implantation au Collège des médecins-directeurs via le médecin-conseil au moyen du formulaire de demande B-Form-I-11.

La demande contient entre autres un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement et elle doit être envoyée au Collège des médecins-directeurs.

Jusqu'à l'obtention d'un marquage C.E. dans cette indication, les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil.

Dans ce cas, les prestations 173294-173305 et 173331-173342 doivent être attestées.

6.3. Remplacement anticipé

La procédure expliquée au point 6.2. doit être appliquée.

Jusqu'à l'obtention d'un marquage C.E. dans cette indication, les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil.

Dans ce cas, les prestations 173316-173320 et 173353-173364 doivent être attestées.

6.4 Dérogation à la procédure

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la convention et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 3, un remboursement pour le renouvellement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 6.1.

Dans ce cas particulier, l'équipe TOC fait parvenir un dossier de demande de remboursement pour un renouvellement au Collège des médecins-directeurs via le médecin-conseil.

Ce dossier comprendra les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement.

Le Collège prendra la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement sur la base de l'avis de la Commission Peer Review.

7. Règles d'attestation

7.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

7.2. Autres règles

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173154-173165, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526 et 173530-173541 suivent les modalités de remboursement de la catégorie A.

Les prestations 173250-173261, 173272-173283, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342 et 173353-173364 suivent les modalités de remboursement de la catégorie F.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173051-173062 et 173095-173106 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106 ou 173110-173121.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173176-173180 en 173213-173224 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173132-173143, 173154-173165, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173250-173261, 173272-173283, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342 ou 173353-173364.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173294-173305 et 173331-173342 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173132-173143, 173154-173165, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173250-173261, 173272-173283, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342 ou 173353-173364.

7.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

8. Engagements de l'établissement hospitalier

8.1 L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de tenir à jour consciencieusement les données de suivi des bénéficiaires traités dans le cadre de cette convention.

Les données de suivi des bénéficiaires doivent être complétées après 6 et 12 mois après l'intervention au moyen du formulaire B-Form-I-12. Ces formulaires doivent également être tenus dans le dossier du bénéficiaire.

L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention doit tenir à jour consciencieusement les follow-up des bénéficiaires traités dans le cadre de cette convention. À cet effet, il doit actualiser en continu les follow-up. Lorsque le Service des soins de santé constate que, pour un établissement hospitalier, plus de 20 % des follow-up de ses bénéficiaires sont manquants ou incomplets pour une période de 1 an, l'établissement hospitalier en question en est informé et le remboursement du dispositif est suspendu jusqu'à ce que cet établissement hospitalier complète les follow-up manquants. L'établissement hospitalier en informe le Service, qui vérifie que l'établissement hospitalier satisfait au minimum requis des follow-up. Si le centre ne dépasse plus le taux de 20 % des follow-up manquants, la suspension de remboursement est levée.

Si un établissement hospitalier n'a pas complété le taux minimum requis pour ses follow-up manquants dans les 3 mois après qu'il a été informé par le Service, ce dernier le signale au Comité de l'assurance, qui peut alors décider du retrait de l'adhésion à la convention.

8.2. Communication de toute modification

Le pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier porte la responsabilité de communiquer, sans délai, chaque modification au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI et bien entendu à tous ceux qui sont concernés, dont en premier lieu les bénéficiaires.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles et par e-mail à implant@inami.fgov.be

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

9. Analyse

9.1. L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la Commission Peer Review et les organismes assureurs qui ont signé la convention. Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

9.2. Analyse intermédiaire – Rapport

Pour la date du 1er juillet 2019, l'évaluateur doit rédiger un rapport intermédiaire sur base des données collectées et le transmettre à la Commission.

Ce rapport intermédiaire comprend au minimum les éléments suivants :

- le nombre de bénéficiaires traités, sexe, âge

- analyse de tous les critères d'inclusion et d'exclusion dont indications, contre-indications, durée des symptômes, traitements, autres affections psychiatriques comorbides

- résultats de la neurostimulation :

1. modification du score GAF
2. modification du score Y-BOCS
3. modification du traitement médicamenteux
4. effets qualitatifs et quantitatifs sur les obsessions et compulsions
5. effets sur les autres paramètres psychiatriques
6. amélioration des symptômes sur le plan de la qualité de vie

- effets secondaires, complications

- analyse des résultats

1. selon le type de l'appareil
2. selon le type d'électrodes
3. selon le nombre d'électrodes

- les coûts directs et indirects

- comparaison des résultats avec la littérature existante

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

9.3. Analyse – Rapport final

Pour la date du 1er juillet 2021, l'évaluateur doit rédiger un rapport final sur base des données collectées et le transmettre à la Commission. Durant la collecte des données et l'élaboration de ce rapport, la vie privée des patients concernés sera respectée.

Ce rapport final comprend au minimum les éléments suivants :

- le nombre de bénéficiaires traités, sexe, âge

- analyse de tous les critères d'inclusion et d'exclusion dont indications, contre-indications, durée des symptômes, traitements, autres affections psychiatriques comorbides

- résultats de la neurostimulation :

1. modification du score GAF
2. modification du score Y-BOCS
3. modification du traitement médicamenteux
4. effets qualitatifs et quantitatifs sur les obsessions et compulsions
5. effets sur les autres paramètres psychiatriques
6. amélioration des symptômes sur le plan de la qualité de vie

- effets secondaires, complications

- analyse des résultats

1. selon le type de l'appareil
2. selon le type d'électrodes
3. selon le nombre d'électrodes

- les coûts directs et indirects

- comparaison des résultats avec la littérature existante

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Ministre par l'intermédiaire de la Commission.

10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante

La convention entre en vigueur le 1er août 2016 et est valable jusqu'au 31 décembre 2021 inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou par un établissement hospitalier par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

11. Divers

A la demande de la Commission ou de l’évaluateur, une réunion peut être organisée à tout moment.

B-§12	
Prestations liées	
173552	173563
173574	173585
173596	173600
173611	173622
173633	173644
173655	173666
173670	173681
173692	173703
173714	173725
173736	173740
173751	173762
173773	173784
173795	173806
173810	173821
173832	173843
173854	173865
173876	173880
173891	173902

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant les neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court du 1er août 2016 au 31 juillet 2017 inclus. Pendant cette période, les dispositifs seront évalués selon les dispositions prévues au point 9.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173670-173681, 173692-173703, 173714-173725, 173736-173740, 173751-173762, 173773-173784, 173795-173806, 173810-173821, 173832-173843, 173854-173865, 173876-173880 et 173891-173902 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 et qui a conclu la convention B-ACL-03 avec le Comité de l'assurance:

L'établissement hospitalier doit durant la totalité de la durée de la convention répondre aux critères ci-dessous.

2.1. Seuls les établissements hospitaliers qui disposent d'une équipe « mouvements anormaux » (EMA) se composant de minimum deux neurochirurgiens (ETP) et de minimum deux neurologues (ETP), chacun disposant d'une expertise théorique et clinique ainsi que d'une expérience en matière de stimulation cérébrale profonde (les deux collaborant avec une équipe de neurologues et de neurochirurgiens liée à l'établissement hospitalier);

et

- l'établissement hospitalier concerné doit avoir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;

et

- cette équipe comprend également un (ou plusieurs) psychologue(s) compétent(s) en matière d'évaluation neuropsychologique et familiarisé(s) avec l'approche du groupe cible des bénéficiaires concernés, y compris la comorbidité neurologique et psychique fréquemment associée ;

et

- l'équipe comprend aussi le personnel nécessaire et formé pour régler le dispositif et instruire le bénéficiaire et son entourage en la matière ;

et

- l'établissement hospitalier met un opérateur et une installation vidéo adéquate à la disposition de l'équipe afin de réaliser les évaluations vidéo comme stipulées ci-après ;

et

- l'équipe multidisciplinaire doit disposer d'une expérience tant sur le plan chirurgical que neurologique. Elle doit ainsi faire preuve d'une certaine expérience en matière de stimulation cérébrale profonde ainsi que d'une expertise spécifique et d'une expérience clinique démontrée pour le traitement des mouvements anormaux ;

et

- l'expertise doit être démontrée par la mise à disposition des résultats obtenus chez 10 patients atteints de mouvements anormaux qui ont été traités par DBS ;

et

- chaque indication de stimulation cérébrale profonde est faite lors d'une réunion de l'EMA à laquelle au moins le neurochirurgien, le neurologue et le psychologue susmentionnés participent ;

et

- la stimulation cérébrale profonde est effectuée, dans le cadre du présent règlement, par le neurochirurgien de l'équipe, qui détermine l'indication, la cible de la stimulation cérébrale profonde et le type de dispositifs à utiliser, et ce après une évaluation standardisée et en concertation avec l'équipe multidisciplinaire définie ci-dessus. Après une stimulation d'essai favorable, il passe à l'implantation définitive ;

et

- les membres de l'EMA ne peuvent appartenir qu'à une seule EMA d'un seul établissement hospitalier.

2.2 Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier qui satisfait aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur la base du formulaire B-Form-II-04.

2.3. Accord de coopération

L'établissement hospitalier ne peut conclure ni d'accord de coopération formalisé avec d'autres établissements hospitaliers ni d'associations hospitalières. De plus, l'intervention doit être réalisée dans les murs de l'établissement hospitalier habilité.

3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173670-173681, 173692-173703, 173714-173725, 173736-173740, 173751-173762, 173773-173784, 173795-173806, 173810-173821, 173832-173843, 173854-173865, 173876-173880 et 173891-173902 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

3.1. Critères d'inclusion

1. Bénéficiaires atteints de :

a) dystonie primaire, c'est-à-dire dont la dystonie ne fait pas suite à une affection évolutive et qui n'est pas accompagnée d'une autre

pathologie cérébrale grave, et qui ne réagissent plus aux médicaments ;

b) tremblements secondaires qui ne réagissent plus aux médicaments, par exemple en cas de sclérose en plaques, tremblements post-traumatiques, …. Ces tremblements doivent pouvoir être objectivés sur des échelles validées.

c) PKAN (panthotenate kinase associated neurodegeneration)

d) dystonies dites secondaires, sans lésions pertinentes visibles à l'IRM qui agissent sur le système extra-pyramidal.

2. Seuls les bénéficiaires (ou éventuellement leur responsable légal) clairement capables, de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cette déclaration doit expliquer de manière détaillée les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial.

Le bénéficiaire s'engage également à un follow-up post-opératoire. Pendant et après l'implantation, les patients doivent être évalués et conservent le droit de se retirer à tout moment de la procédure complète.

3. Le bénéficiaire, par une de ces affections, est tellement gêné dans ses activités de vie journalière (AVJ) qu'objectivement sa qualité de vie est devenue humainement inacceptable.

4. Le bénéficiaire a subi un examen neuropsychologique avec évaluation des fonctions cognitives. Cet examen neuropsychologique validé et détaillé (durée minimum de 45 minutes) des fonctions cognitives importantes atteintes dans le syndrome démentiel (selon DSM IV) : la mémoire, l'aptitude langagière, l'aptitude visuo-spatiale et les fonctions de l'attention et les aptitudes à l'exécution.

3.2. Critères d'exclusion

1. Affection neurologique ou médicale grave démontrable, ou affection du cerveau organique qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.

2. Toute contre-indication chirurgicale pour subir une stimulation cérébrale profonde, y compris les contre-indications connues pour la stimulation cérébrale profonde et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,…).

4. Critères concernant le dispositif

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173670-173681, 173692-173703, 173714-173725, 173736-173740, 173751-173762, 173773-173784, 173795-173806, 173810-173821, 173832-173843, 173854-173865, 173876-173880 et 173891-173902 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

Pas d'application

4.2. Critères

Pas d'application

4.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173670-173681, 173692-173703, 173714-173725, 173876-173880 et 173891-173902, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

a) Défaut du dispositif

Une garantie (warranty) pour un neurostimulateur non-rechargeable doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de quinze mois.

b) Durée de vie

- Neurostimulateurs non-rechargeables :

Une garantie au prorata de quinze mois doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux et une garantie au prorata de vingt-quatre mois doit être donnée pour les neurostimulateurs bilatéraux.

- Neurostimulateurs rechargeables:

Une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata. Pour le chargeur (173876-173880 et 173891-173902), une garantie totale de neuf ans est exigée.

5. Nombre de dispositifs

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire est limité à 20 nouveaux bénéficiaires par an.

Dès que le nombre menace d'être dépassé, le Secrétariat en informe la Commission. La Commission informe les établissements hospitaliers et les distributeurs du dispositif concerné et prend les mesures nécessaires.

En cas de risque de dépassement, une réunion entre la Commission Peer Review et la Commission doit être organisée.

6. Procédure de demande et formulaires

6.1. Première implantation

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843 et 173876-173880 se déroule comme suit:

La demande d'intervention pour les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843 et 173876-173880 est introduite avant implantation par l'EMA sur la base du formulaire B-Form-I-13 via le médecin-conseil au Collège des médecins-directeurs qui soumettra la demande pour avis à la Commission Peer Review.

En sus de la motivation du centre qui introduit le dossier, le dossier doit obligatoirement comprendre la déclaration de consentement éclairé et l'enregistrement vidéo du bénéficiaire.

Les membres de la Commission Peer Review sont issus de la Société belge de neurochirurgie, et plus particulièrement sa section Neurochirurgie stéréotaxique et fonctionnelle (ou "section BSSFN") et des équipes pluridisciplinaires de mouvements anormaux (EMA).

La section BSSFN se compose au moins de neurologues et de neurochirurgiens, ayant une connaissance particulière et une expérience clinique en matière de diagnostic et de traitement des troubles du mouvement, de différents centres répartis sur l'ensemble du pays.

Cette Commission Peer Review est tenue d'examiner la demande de l'EMA dans les 3 mois.

La Commission Peer Review avertit l'EMA qui a introduit la demande afin de lui permettre de la défendre. Au cours de la discussion portant sur les dossiers relatifs au remboursement de la neurostimulation, un membre du Collège des médecins-directeurs ou un médecin, membre de la Commission, peut toujours être présent.

Minimum 4 membres de la Commission Peer Review doivent donner leur accord.

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.

Pour ce faire, la Commission Peer Review envoie sa conclusion argumentée (accord-refus-report) au Collège.

Le Collège communique sa décision motivée dans les 20 jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review.

Cette décision est communiquée à l'EMA concernée qui a adhéré à la convention, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 3. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

6.2. Remplacement

Dans le cas d'un renouvellement d'un dispositif qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, la demande pour les prestations 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865 et 173891-173902 peut être introduite après implantation au Collège des médecins-directeurs via le médecin-conseil au moyen du formulaire de demande B-Form-I-14.

La demande contient entre autres un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement et elle doit être envoyée au Collège des médecins-directeurs.

Le Collège communique sa décision motivée dans les 20 jours ouvrables après réception de la demande.

6.3. Remplacement anticipé

La procédure expliquée au point 6.2. doit être appliquée.

6.4 Dérogation à la procédure

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la convention et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 3, un remboursement pour le renouvellement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 6.1.

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés sans intervention de l'assurance via la déclaration d'accord et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 3, un remboursement pour le renouvellement du neurostimulateur et accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 6.1.

Dans ce cas particulier, l'EMA fait parvenir un dossier de demande de remboursement pour un renouvellement au Collège des médecins-directeurs via le médecin-conseil. Ce dossier comprendra les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement.

Le Collège prendra la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement sur la base de l'avis de la Commission Peer Review.

7. Règles d'attestation

7.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

7.2. Autres règles

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173670-173681, 173692-173703, 173714-173725, 173736-173740, 173751-173762, 173773-173784, 173795-173806, 173810-173821, 173832-173843, 173854-173865, 173876-173880 et 173891-173902 suivent les modalités de remboursement de la catégorie A.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173596-173600 et 173611-173622 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644 ou 173655-173666.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 173692-173703 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173670-173681, 173692-173703 ou 173714-173725.

7.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

8. Engagements de l'établissement hospitalier

8.1 L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de tenir à jour consciencieusement les données de suivi des bénéficiaires traités dans le cadre de cette convention.

Les données de suivi des bénéficiaires doivent être complétées après 6 et 12 mois après l'intervention au moyen du formulaire B-Form-I-15. Ces formulaires doivent également être tenus dans le dossier du bénéficiaire.

L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention doit tenir à jour consciencieusement les follow-up des bénéficiaires traités dans le cadre de cette convention. À cet effet, il doit actualiser en continu les follow-up. Lorsque le Service des soins de santé constate que, pour un établissement hospitalier, plus de 20 % des follow-up de ses bénéficiaires sont manquants ou incomplets pour une période de 1 an, l'établissement hospitalier en question en est informé et le remboursement du dispositif est suspendu jusqu'à ce que cet établissement hospitalier complète les follow-up manquants. L'établissement hospitalier en informe le Service, qui vérifie que l'établissement hospitalier satisfait au minimum requis des follow-up. Si le centre ne dépasse plus le taux de 20 % des follow-up manquants, la suspension de remboursement est levée.

Si un établissement hospitalier n'a pas complété le pourcentage minimum requis pour ses follow-up manquants dans les 3 mois après qu'il a été informé par le Service, ce dernier le signale au Comité de l'assurance, qui peut alors décider du retrait de l'adhésion à la convention.

8.2. Communication de toute modification

Le pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier porte la responsabilité de communiquer, sans délai, chaque modification au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI et bien entendu à tous ceux qui sont concernés, dont en premier lieu les bénéficiaires.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles et par e-mail à implant@inami.fgov.be

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

9. Analyse

9.1. L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la Commission Peer Review et les établissements hospitaliers qui ont signé la convention. Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

L'assistance technique et scientifique au profit de la Commission, et l'évaluation est fournie par la Société belge de neurochirurgie, et plus particulièrement sa section Neurochirurgie stéréotaxique et fonctionnelle (ou "section BSSFN") et les équipes pluridisciplinaires de mouvements anormaux (EMA).

9.2. Analyse – Rapport final

Pour la date du 1er février 2017, l'évaluateur doit rédiger un rapport final sur base des données collectées et le transmettre à la Commission. Durant la collecte des données et l'élaboration de ce rapport, la vie privée des patients concernés sera respectée.

Ce rapport final comprend au minimum les éléments suivants :

- le nombre de bénéficiaires traités, sexe, âge

- analyse selon

1. l'indication
2. la cible

- résultats de la neurostimulation :

1. effets qualitatifs et quantitatifs sur les mouvements anormaux
2. amélioration des symptômes sur le plan de la qualité de vie

- effets secondaires, complications

- analyse des résultats

1. selon le type de l'appareil
2. selon le type d'électrodes
3. selon le nombre d'électrodes

- comparaison des résultats avec la littérature existante

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Comité de l'assurance par l'intermédiaire de la Commission.

10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante

La convention entre en vigueur le 1er août 2016 et est valable jusqu'au 31 juillet 2017 inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou par un établissement hospitalier par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

11. Divers

A la demande de la Commission ou de l'évaluateur, une réunion peut être organisée à tout moment.

C. Oto-rhino-laryngologie

C.1 Intervention sur l'oreille

C.1.1 Implant cochléaire

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/07/2014

152935 - 152946 Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires de moins de huit ans

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31101

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 20.152,29*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/07/2014

152950 - 152961 Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31102

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 20.539,97*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

152972 - 152983 Kit comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946 ou 170811-170822 pour les bénéficiaires de moins de huit ans

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31201

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 15.211,14*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

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

170811 - 170822 Kit composé d'un appareil auditif complet (les parties implantables et les parties non implantables) pour une stimulation électrique à l'aide de multiples électrodes intracochléaires pour des bénéficiaires âgés de moins de huit ans ayant une perte auditive bilatérale asymétrique

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31106

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 20.152,29*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

152994 - 153005 Kit comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946, 152950-152961, 170811-170822 ou 170833-170844 pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31202

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 15.598,82*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

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

170833 - 170844 Kit composé d'un appareil auditif complet (les parties implantables et les parties non implantables) pour une stimulation électrique à l'aide de multiples électrodes intracochléaires pour des bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur douzième anniversaire ayant une perte auditive bilatérale asymétrique

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31107

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 20.539,97*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/07/2014

153016 - 153020 Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable, pour les bénéficiaires de moins de huit ans

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31103

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 6.484,58*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/07/2014

153031 - 153042 Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31104

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 6.872,26*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/07/2014

153053 - 153064 Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable pour l'oreille contralatérale, pour les bénéficiaires de moins de huit ans

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31203

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.960,36*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/07/2014

153075 - 153086 Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable pour l'oreille contralatérale, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31204

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.348,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/07/2014

153090 - 153101 Remplacement de la partie à implanter d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes (sans processeur vocal)

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31105

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 13.667,72*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/07/2014

153112 - 153123 Remplacement de la partie à implanter d'un implant cochléaire contralatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes (sans processeur vocal)

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31205

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 10.250,79*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§01*

C. Oto-rhino-laryngologie

C.1.2 Prothèse pour audition réduite

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

153134 - 153145 Implant pour reconstruction totale de la chaîne ossiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 330,33*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 330,33*

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

153156 - 153160 Implant pour reconstruction partielle de la chaîne ossiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 330,33*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 330,33*

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

153171 - 153182 Piston

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 90,09*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 90,09*

C.1.3 Systèmes d'ancrage pour le BAHA (Bone Anchored Hearing Aids)

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

153193 - 153204 Implants utilisés lors du placement d'une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l'os temporal, premier point de fixation, y compris tous les accessoires et le foret

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.139,16*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.139,16*

Conditions de remboursement : *C-§02*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

153215 - 153226 Implants utilisés lors du placement d'une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l'os temporal, deuxième point de fixation (dormant), y compris tous les accessoires et le foret

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 320,32*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 320,32*

Conditions de remboursement : *C-§02*

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

153230 - 153241 Remplacement du dispositif de fixation (abutment) pour BAHA

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 914,93*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 914,93*

C.1.4 Implant de l'oreille moyenne

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/09/2015

172336 - 172340 Kit comprenant une aide auditive complète (comprenant une partie implantable et un processeur vocal non implantable) pour la stimulation de la perception auditive au moyen d'induction de vibration dans une masse électromagnétique, attachée à l'un des osselets de l'oreille moyenne, la fenêtre ovale ou la fenêtre ronde

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31301

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.460,50*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§09*

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/09/2015

172351 - 172362 Remplacement du processeur vocal d'un implant de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 35001

Base de remboursement	*€ 2.407,08*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 2.888,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 481,41*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.407,08*

Conditions de remboursement : *C-§09*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/09/2015

172373 - 172384 Remplacement de la partie à implanter d'un implant de l'oreille moyenne pour la stimulation de la perception auditive au moyen d'induction de vibration dans une masse électromagnétique, attachée à l'un des osselets de l'oreille moyenne, la fenêtre ovale ou la fenêtre ronde

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31303

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.914,80*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *C-§09*

C.2 Intervention sur le nez

C.2.1 Matériel utilisé lors d'une chirurgie du sinus

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

153252 - 153263 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 255872 - 255883 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 123,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 68,18*
				Montant du remboursement	*€ 55,80*

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

153274 - 153285 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 255894 - 255905 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 123,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 68,18*
				Montant du remboursement	*€ 55,80*

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

153296 - 153300 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254752-254763 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 123,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 68,18*
				Montant du remboursement	*€ 55,80*

Conditions de remboursement : *C-§03*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

153311 - 153322 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254774-254785 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 123,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 68,18*
				Montant du remboursement	*€ 55,80*

Conditions de remboursement : *C-§03*

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

153333 - 153344 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254796-254800 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 123,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 68,18*
				Montant du remboursement	*€ 55,80*

Conditions de remboursement : *C-§03*

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

153355 - 153366 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254811-254822 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 123,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 68,18*
				Montant du remboursement	*€ 55,80*

Conditions de remboursement : *C-§03*

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

153370 - 153381 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254833-254844 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 147,74*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 81,25*
				Montant du remboursement	*€ 66,49*

Conditions de remboursement : *C-§03*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

153392 - 153403 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254855-254866 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 147,74*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 81,25*
				Montant du remboursement	*€ 66,49*

Conditions de remboursement : *C-§03*

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

153414 - 153425 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258753-258764 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 177,70*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 97,73*
				Montant du remboursement	*€ 79,97*

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

153436 - 153440 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 245055-245066 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 196,30*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 107,96*
				Montant du remboursement	*€ 88,34*

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

153451 - 153462 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254870-254881 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 252,09*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 138,64*
				Montant du remboursement	*€ 113,45*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

153473 - 153484 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254892-254903 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 247,96*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 136,37*
				Montant du remboursement	*€ 111,59*

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

153495 - 153506 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254914-254925 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 123,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 68,18*
				Montant du remboursement	*€ 55,80*

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

153510 - 153521 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254936-254940 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 138,44*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 76,14*
				Montant du remboursement	*€ 62,30*

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

153532 - 153543 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258635-258646 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 22,73*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 12,50*
				Montant du remboursement	*€ 10,23*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

153554 - 153565 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258650-258661 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 33,06*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 18,18*
				Montant du remboursement	*€ 14,88*

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

153576 - 153580 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258672-258683 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 33,06*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 18,18*
				Montant du remboursement	*€ 14,88*

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

153591 - 153602 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258731-258742 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 22,73*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 12,50*
				Montant du remboursement	*€ 10,23*

C.3 Intervention sur le larynx/la trachée

C.3.1 Prothèse de la parole et accessoires

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

153613 - 153624 Prothèse de la parole amovible pour shunt trachéo-oesophagien fixée sur un anneau - support à usage unique et collé à la peau : valve de type basse pression

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 35,04*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 35,04*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 35,04*

Conditions de remboursement : *C-§04*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

153635 - 153646 Prothèse de la parole pour placement permanent dans un shunt trachéo-oesophagien

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 186,19*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 186,19*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 186,19*

Conditions de remboursement : *C-§04*

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

153650 - 153661 Valve trachéotomique en combinaison avec une prothèse de la parole (forfait pour petits disques, valve, matériel adhésif et diaphragme)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 234,24*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 234,24*

Conditions de remboursement : *C-§04*

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

153672 - 153683 Filtre externe pour humidificateur trachéal

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 120,12*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 120,12*

Conditions de remboursement : *C-§04*

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

153694 - 153705 Filtres externes et adhésifs pour l'humidificateur trachéal avec boîtier métallique prévu dans la prestation 153731-153742 ou 153753-153764

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 140,14*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 140,14*

Conditions de remboursement : *C-§04*

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

153716 - 153720 Embase en matière synthétique pour l'humidificateur trachéal avec boîtier métallique prévu dans la prestation 153731-153742 ou 153753-153764

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 70,07*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 70,07*

Conditions de remboursement : *C-§04*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

153731 - 153742 Filtre et piège à sécrétions pour le soin d'une trachéostomie après laryngectomie sans implant phonatoire, montés dans un boîtier métallique (forfait pour embase, filtre, adhésif, piège à sécrétions et boîtier)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 686,70*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 686,70*

Conditions de remboursement : *C-§04*

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

153753 - 153764 Filtre et piège à sécrétions pour le soin d'une trachéostomie après laryngectomie avec implant phonatoire, montés dans un boîtier métallique (forfait pour embase, filtre, adhésif, piège à sécrétions et boîtier)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 908,92*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 908,92*

Conditions de remboursement : *C-§04*

C.3.2 Tissu synthétique

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

153775 - 153786 Tissu synthétique utilisé lors d'une auto-transplantation trachéale pour le traitement d'un carcinome du larynx, par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 5,31*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 5,31*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5,31*

C.3.3 Tuteurs et canules

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

153790 - 153801 Tube de laryngectomie, y compris les accessoires (cinq filtres), par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 105,11*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 105,11*

Conditions de remboursement : *C-§05*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

153812 - 153823 Tuteur de stomie trachéale avec ailettes endotrachéales, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 180,18*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 180,18*

Conditions de remboursement : *C-§05*

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

153834 - 153845 Tuteur trachéal en forme de T, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 285,29*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 285,29*

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

153856 - 153860 Tube de dérivation salivaire, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 315,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 315,32*

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

153871 - 153882 Bouton de trachéotomie à l'exception du bouton laryngé pour patients laryngectomisés, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 55,06*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 55,06*

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

153893 - 153904 Canule trachéale comprenant une extension distale ou proximale, y compris les accessoires, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 82,65*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 20,66*
				Montant du remboursement	*€ 61,99*

Conditions de remboursement : *C-§06*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

- 153926 Une ou plusieurs canule(s) trachéale(s) en matière synthétique de taille identique, y compris les accessoires, quelque soit la technique de placement, pour l'ensemble du matériel

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 92,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 23,24*
				Montant du remboursement	*€ 69,74*

Conditions de remboursement : *C-§06*

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

153930 - Canule trachéale sans extension distale ou proximale : avec ou sans ballon, fenestrée ou non, armée ou non, y compris les accessoires (canule interne, brosse, obturateur, bouchon), par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 46,49*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 11,62*
				Montant du remboursement	*€ 34,87*

Conditions de remboursement : *C-§06*

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

153952 - 153963 Canule trachéale en argent, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 309,95*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 77,48*
				Montant du remboursement	*€ 232,47*

Conditions de remboursement : *C-§06*

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

153974 - Filtres échangeur de chaleur et d'humidité (Heat & Moisture exchanger - HME), avec ou sans valve phonatoire, qui se placent sur une canule trachéale ou un tube de laryngectomie, pour patients avec une trachéostomie ou trachéotomie à long terme

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 237,63*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 237,63*

Conditions de remboursement : *C-§07*

C. Oto-rhino-laryngologie

C.4 Intervention sur la thyroïde et les glandes parathyroïdes

C.4.1 Matériel pour (para)thyroidectomie

Date dernière modification : 1/12/2017 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

154114 - 154125 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257014-257025 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 381,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 381,24*

Conditions de remboursement : *C-§08*

Date dernière modification : 1/12/2017 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

154136 - 154140 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257014-257025 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 381,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 381,24*

Conditions de remboursement : *C-§08*

Date dernière modification : 1/12/2017 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

154151 - 154162 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257036-257040 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 381,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 381,24*

Conditions de remboursement : *C-§08*

Date dernière modification : 1/12/2017 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

154173 - 154184 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257036-257040 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 381,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 381,24*

Conditions de remboursement : *C-§08*

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/12/2017 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

154195 - 154206 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257073-257084 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 381,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 381,24*

Conditions de remboursement : *C-§08*

Date dernière modification : 1/12/2017 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

154210 - 154221 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257073-257084 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 381,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 381,24*

Conditions de remboursement : *C-§08*

C.5 Autres

C.5.1 Points de contact pour épithèses

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

154232 - 154243 Implants utilisés pour la construction d'un ancrage osseux pour épithèse, pour les parties internes, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 445,45*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 445,45*

Conditions de remboursement : *C-§02*

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

154254 - 154265 Implants utilisés pour la construction standard (abutment) d'un ancrage osseux pour épithèse, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 192,19*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 192,19*

Conditions de remboursement : *C-§02*

C. Oto-rhino-laryngologie

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

154276 - 154280 Implants utilisés pour la construction en angle (console abutment) d'un ancrage osseux pour épithèse, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 363,37*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 363,37*

Conditions de remboursement : *C-§02*

C.5.2 Ciment

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

154291 - 154302 Ciment acrylique pour la fermeture de défects crâniofaciaux, par 10 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 60,06*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 60,06*

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

154313 - 154324 Ciment à base d'apatite pour la fermeture de défects crâniofaciaux, par 5 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 220,22*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 220,22*

Conditions de remboursement

C-§01

Prestations liées

152935	152946
152950	152961
152972	152983
152994	153005
153016	153020
153031	153042
153053	153064
153075	153086
153090	153101
153112	153123
170811	170822
170833	170844

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

1. Critères concernant l'établissement
Les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 170811-170822 et 170833-170844 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement qui répond aux critères suivants:

1.1. Pose d'indication
Pour poser l'indication, le médecin spécialiste implanteur se base sur les données d´un établissement hospitalier ou d'un centre avec un service spécialisé d´oto-rhino-laryngologie, disposant d´une équipe multidisciplinaire composée au moins d´un logopède équivalent temps plein, d´un audicien-audiologue équivalent temps plein et d´un médecin ORL équivalent temps plein.

1.2. Implantation
L´implantation doit être réalisée dans un établissement hospitalier comprenant un service d´oto-rhino-laryngologie spécialisé en cette matière, disposant d´une équipe multidisciplinaire composée au moins d´un logopède équivalent temps plein, d´un audicien-audiologue équivalent temps plein et d´un médecin ORL équivalent temps plein lié à cet établissement hospitalier et qui effectue l´implantation.

1.3. Réglage et suivi
Le réglage et le suivi de l´implant doivent être réalisés dans un établissement hospitalier visé au point 1.2. et/ou un centre spécialisé en oto-rhino-laryngologie disposant d´une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, un audicien-audiologue équivalent temps plein et un médecin ORL équivalent temps plein.

1.4. Les services mentionnés sous les points 1.1., 1.2. et 1.3. doivent pouvoir garantir une assistance continue.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 170811-170822 et 170833-170844 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. L´état général du bénéficiaire doit permettre l´implantation de l'implant cochléaire ainsi que l´utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2 Indications

2.2.1. Pour les bénéficiaires avec perte d'audition bilatérale
2.2.1.1. Pour les prestations 152935-152946 et 152950-152961:
Les examens montrent l´existence d´une perte auditive à la meilleure oreille, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :
- le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque pour les fréquences de 500, 1000 et 2000 Hz s´élève à au moins 85 dB HL (hearing level). En cas d´absence d´audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul.

et
-le seuil du pic V au BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 90 dB nHL (normal hearing level).
et
- des aides auditives ou amplificatrices des sons adéquates, ne permettent pas une audition fonctionnelle chez des sujets sourds postlinguaux.
En cas d´audition non fonctionnelle, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué, par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant), et aussi bien pour les néerlandophones, francophones et germanophones), comme étant inférieur ou égal à 30 %.
Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l´enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l´implantation d´un implant cochléaire), la raison doit en être clairement mentionnée dans le formulaire.

2.2.1.2. Pour les prestations 152972-152983 et 152994-153005 :
Les bénéficiaires sont des enfants ayant déjà bénéficié d'un accord pour une première aide auditive décrite sous la prestation 683690-683701, 152935-152946, 152950-152961, 170811-170822 ou 170833-170844 et pour lesquels l'implantation de la deuxième aide auditive complète a eu lieu avant leur douzième anniversaire ou avant leur dix-huitième anniversaire pour les enfants souffrant d'ossification bilatérale imminente.

Pour les enfants qui ont déjà reçu un avis favorable pour la prestation 170811-170822 ou 170833-170844, il doit être démontré que l'oreille contralatérale satisfait aux conditions visées au point 2.2.1.1.

2.2.2. Pour les bénéficiaires avec une neuropathie évolutive
2.2.2.1. Pour les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983 et 152994-153005 :
Les examens montrent l'existence d'une discordance entre les seuils de l'audiométrie tonale et/ou comportementale et de l'audiométrie vocale, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :
- présence de signes électrophysiologiques de neuropathie auditive à l'enregistrement des potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral : potentiels évoqués désynchronisés lors d'un examen à 90dB nHL (normal hearing level) et/ou des potentiels microphoniques cochléaires anormaux.
et
- des aides auditives ou amplificatrices des sons adéquates, ne permettent pas une audition fonctionnelle chez des sujets sourds postlinguaux.
et
- Lors d'une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant), et aussi bien pour les néerlandophones, francophones et germanophones), un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) est évalué comme étant inférieur ou égal à 30%.
Chez les jeunes enfants chez qui une audiométrie vocale ne peut être effectuée, l'indication peut être établie sur base de tests électrophysiologiques indicatifs de neuropathie auditive.
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983 ou 152994-153005 n'est possible que pour des enfants âgés de plus de douze mois et chez qui l'implantation a eu lieu avant leur dix-huitième anniversaire.

***2.2.*3. Pour les bénéficiaires avec perte d'audition bilatérale asymétrique**
2.2.3.1. Pour les prestations 170811-170822 et 170833-170844:
Les examens montrent l´existence d´une perte auditive à la meilleure oreille, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :
- le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque pour les fréquences de 500, 1000 et 2000 Hz s´élève à au moins 60 dB HL (hearing level). En cas d´absence d´audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul.
et
- le seuil du pic V au BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 65 dB nHL (normal hearing level).
et
- des aides auditives ou amplificatrices des sons adéquates, ne permettent pas une audition fonctionnelle chez des sujets sourds postlinguaux.

Et les examens montrent l´existence d´une perte auditive à la mauvaise oreille, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :
- le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque pour les fréquences de 500, 1000 et 2000 Hz s´élève à au moins 85 dB HL (hearing level). En cas d´absence d´audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul.
et
- le seuil du pic V au BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 90 dB nHL (normal hearing level).
et
- des aides auditives ou amplificatrices des sons adéquates, ne permettent pas une audition fonctionnelle chez des sujets sourds postlinguaux.

En cas d´audition non fonctionnelle, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué, par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC

(consonant vowel consonant), et aussi bien pour les néerlandophones, francophones et germanophones), comme étant inférieur ou égal à 30 %.
Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l´enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l´implantation d´un implant cochléaire), la raison doit en être clairement mentionnée dans le formulaire.
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170811-170822 ou 170833-170844 est applicable pour les enfants avant leur douzième anniversaire et pour une implantation endéans les trois ans après le diagnostic d'une perte d'au moins 60 dB HL pour la meilleure oreille.
Les prestations 170811-170822 et 170833-170844 sont applicables pour la plus mauvaise oreille.
Cette période de trois ans n'est pas applicable pour les bénéficiaires ayant été diagnostiqués avant le 1er avril 2015.
2.3.
Le bénéficiaire a subi une audiométrie vocale, avec et sans appareil auditif, dont les résultats sont repris dans le formulaire de demande prévu au point 4.
Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l´enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l´implantation d´un implant cochléaire), la raison doit en être clairement mentionnée.
Les résultats de l´essai d´amplification auditive peuvent ne pas être joints si un facteur rend l´implantation urgente, à savoir risque de fibrose ou ossification de la cochlée après méningite ou d´autres causes à motiver.
En cas de retard mental, de problèmes psychologiques ou psychiatriques, aussi bien chez les enfants que les adultes, un avis psychologique doit être joint à la demande, dans lequel doivent être spécifiquement évalués le contexte familial, ainsi que la possibilité de rééducation du bénéficiaire.

2.4.
Le bénéficiaire doit suivre un programme de rééducation. Une prise en charge logopédique de longue durée (qu´il s´agisse d´une logopédie multidisciplinaire ou non) doit au moins avoir lieu après l´implantation pour développer un codage auditif efficace. Le responsable de la rééducation doit être mentionné nominativement.
En ce qui concerne les enfants avec implant, la prise en charge doit être supervisée jusqu´à leur dix-huitième anniversaire par un établissement hospitalier effectuant des implantations d'implants cochléaires ou un centre de réadaptation fonctionnelle ouïe et parole.
Pour les bénéficiaires qui reçoivent une implantation bilatérale de façon séquentielle avec un intervalle de plus de six mois, il doit être démontré qu'ils ont suivi ou suivent intensivement et avec succès un programme de rééducation.

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 170811-170822 et 170833-170844 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif qui répond aux critères suivants:

3.1. Définition
Les kits doivent contenir au minimum, en plus de l'aide auditive complète ou de la partie non implantable,
- pour les kits pour les bénéficiaires de moins de huit ans : une batterie rechargeable supplémentaire, un chargeur pour batterie rechargeable, deux antennes (ou deux coils et deux aimants), cinq câbles et douze crochets ou tours d'oreille ou snugfits ou embouts moulés.
- pour les kits pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire : une batterie rechargeable supplémentaire, un chargeur pour batterie rechargeable, trois antennes (ou trois coils et trois aimants), sept câbles et douze crochets ou tours d'oreille ou snugfits ou embouts moulés.
Par contralatérale, il faut comprendre l'oreille qui a reçu en dernier un premier implant.

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Les dispositifs repris sur les listes nominatives doivent répondre aux conditions de garantie suivantes :
- Dix ans de garantie totale à 100% pour les parties implantables
- Trois ans de garantie totale à 100% pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile) pour les bénéficiaires de moins de huit ans
- Cinq ans de garantie totale à 100% pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile) pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Procédure pour les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 170811-170822 et 170833-170844:

Après implantation, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur qui a posé l'indication au Collège des médecins-directeurs sur base d'un formulaire et le cas échéant d'un rapport médical audiologique signé.
En cas de perte d'audition bilatérale, le formulaire C-Form-I-01 doit être utilisé pour la première oreille pour les prestations 152935-152946 et 152950-152961.
En cas de perte d'audition bilatérale, le formulaire C-Form-I-02 doit être utilisé pour l'oreille controlatérale pour les prestations

152972-152983 et 152994-153005.
En cas de neuropathie évolutive, le formulaire C-Form-I-03 doit être utilisé pour les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983 et 152994-153005.
En cas de perte d'audition bilatérale asymétrique, le formulaire C-Form-I-06 doit être utilisé pour les prestations 170811-170822 et 170833-170844.
En cas d'un remboursement antérieur pour une perte d'audition asymétrique où l'oreille controlatérale évolue vers une surdité, le formulaire C-Form-I-10 doit être utilisé pour les prestations 152972-152983 et 152994-153005.
La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement
4.2.1. Procédure pour les prestations 153090-153101 et 153112-153123 :
Les prestations 153090-153101 et 153112-153123 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu´après accord du Collège des médecins-directeurs, après implantation sur base du formulaire C-Form-I-4 et le cas échéant d'un rapport médical audiologique signé.
La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est, après implantation, transmise par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.
La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2.2. Procédure pour les prestations 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064 et 153075-153086 :
La demande d´intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 153016-153020 ou 153031-153042 ou 153053-153064 ou 153075-153086 est transmise par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil sur base du formulaire C-Form-I-5 et d´un rapport médical circonstancié qui sont transmis par le médecin-spécialiste implanteur au médecin-conseil.

4.2.3. Procédure pour le remplacement de dispositifs qui n'ont pas été remboursés
Pour les dispositifs qui n'ont pas été remboursés par l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement, doivent être fournis par le médecin spécialiste implanteur qui a posé l'indication au Collège des médecins-directeurs. La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour le remplacement suit la procédure décrite au point 4.1.
Les règles reprises au point 5 sont également valables pour ces dispositifs.

4.3. Remplacement prématuré
4.3.1. Pour les prestations 153090-153101 et 153112-153123 :
Une dérogation exceptionnelle aux délais de remplacement de la partie à implanter peut être accordée, pour raison impérieuse, par le Collège des médecins-directeurs sur base d´un rapport médical motivé et ce, à condition que le dispositif concerné ait satisfait aux garanties reprises au point 3.3.
La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.3.2. Pour les prestations 153016-153020 et 153031-153042:
Une dérogation exceptionnelle aux délais de remplacement du processeur vocal peut être accordée, pour raison impérieuse, par le Collège des médecins-directeurs sur base d´un rapport médical circonstancié justifiant la dérogation demandée et ce, à condition que le dispositif concerné ait satisfait aux garanties reprises au point 3.3.
La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.4. Dérogation à la procédure
En cas d'urgence, une dérogation à la procédure de demande d´intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 170811-170822 ou 170833-170844 peut être accordée en cas de constatation d´une fibrose démontrable de la cochlée après méningite, comme précurseur d´une ossification, ou d´autres affections exceptionnelles à motiver.
Dans ce cas, la demande d´intervention de l´assurance obligatoire est transmise avant implantation, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03 ou C-Form-I-06, selon l'indication et l'implant, et d'un rapport médical audiologique circonstancié.
La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
5.2.1. Prestations 153016-153020 et 153031-153042 :
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153016-153020 ou 153031-153042 ne peut être accordée que :
- minimum trois ans après la prestation 152935-152946, 153016-153020 ou 170811-170822 ou la prestation 683690-683701 ou 683233-683244 de la nomenclature chez les bénéficiaires avant l'âge de huit ans;
- minimum trois ans après la prestation 152935-152946, 153016-153020 ou 170811-170822 chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire;

- minimum cinq ans après la prestation 152950-152961, 153031-153042 ou 170833-170844 ou la prestation 683690-683701 ou 683233-683244 de la nomenclature chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire;

5.2.2. Prestations 153053-153064 et 153075-153086:
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153053-153064 ou 153075-153086 ne peut être accordée que :
- minimum trois ans après la prestation 152972-152983 ou 153053-153064 ou la prestation 691891-691902 ou 685333-685344 de la nomenclature chez les bénéficiaires avant l'âge de huit ans;
- minimum trois ans après la prestation 152972-152983 ou 153053-153064 chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire;
- minimum cinq ans après la prestation 152994-153005 ou 153075-153086 ou la prestation 691891-691902 ou 685333-685344 ou 691935-691946 de la nomenclature chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire;
En cas d´implantation bilatérale, les règles valent par oreille.

5.2.3. Prestations 153090-153101 et 153112-153123:
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153090-153101 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 683690-683701 de la nomenclature ou 152935-152946 ou 152950-152961 ou 170811-170822 ou 170833-170844 et ne peut être portée en compte qu´une fois par période de dix ans.
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153112-153123 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 152972-152983 ou 152994-153005 ou la prestation 691891-691902 ou 685333-685344 de la nomenclature et ne peut être portée en compte qu´une fois par période de dix ans.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

C-§02

Prestations liées

153193	153204
153215	153226
154232	154243
154254	154265
154276	154280

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants ostéointégrés pour aide auditive à ancrage osseux ou pour épithèse, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 154254-154265 et 154276-154280 ne peuvent être cumulées entre elles par point d'ancrage.

5.2. Autres règles
Les prestations 153193-153204 et 153215-153226 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 258495-258506 de la nomenclature.

Les prestations 154232-154243, 154254-154265 et 154276-154280 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 251694-251705 de la nomenclature en vue du placement d'une prothèse faciale externe (épithèse ancrable).

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
L'appareil auditif avec processeur vocal est remboursé par le biais de l'article 31 de la nomenclature.

C-§03

Prestations liées

153296	153300
153311	153322
153333	153344
153355	153366
153370	153381
153392	153403

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors du traitement chirurgical complet de la pathologie inflammatoire du sinus, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 153296-153300, 153311-153322, 153333-153344, 153355-153366, 153370-153381 et 153392-153403 ne peuvent être attestées qu'une seule fois même lorsque l'intervention est effectuée de manière bilatérale.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

C-§04	
Prestations liées	
153613	153624
153635	153646
153650	153661
153672	153683
153694	153705
153716	153720
153731	153742
153753	153764

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les prestations 153613-153624, 153635-153646, 153650-153661, 153672-153683, 153731-153742, 153753-153764, 153694-153705 et 153716-153720 doivent être prescrites par un médecin spécialiste en chirurgie générale, stomatologie ou oto-rhino-laryngologie.

4.2. Remplacement
Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Le médecin-conseil est compétent en matière d'octroi d'un accord pour les cas qui dérogent au quota fixé au point 5.2. sur base d'un rapport médical circonstancié, rédigé par un médecin spécialiste appartenant aux catégories citées au point 4.1.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 153613-153624 et 153635-153646 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 153731-153742 et 153753-153764 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles
Les prestations 153613-153624 et 153635-153646 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire au maximum cinq fois par année calendrier.

La prestation 153650-153661 ne peut être attestée que cinq fois par année calendrier.

Sur une période de cinq ans, les prestations 153731-153742 et 153753-153764 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'une seule fois.

La dotation pour la prestation 153672-153683 est de nonante filtres et ne peut attestée que cinq fois par année calendrier.

La dotation pour la prestation 153694-153705 est d'un conditionnement comprenant trois filtres et cent adhésifs et ne peut être attestée que cinq fois par année calendrier.

La prestation 153716-153720 ne peut être attestée que deux fois par année calendrier.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

C-§05

Prestations liées

153790	**153801**
153812	**153823**

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tubes de laryngectomie et aux tuteurs de stomie trachéale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 153790-153801 et 153812-153823 peuvent être attestées au maximum quatre fois par année calendrier.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

C-§06
Prestations liées

	153926
153893	153904
153930	
153952	153963

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

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

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

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

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

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

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

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

C-§07
Prestations liées

153974

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filtres échangeur de chaleur et d'humidité (Heat & Moisture exchanger - HME), avec ou sans valve phonatoire, qui se placent sur une canule trachéale ou un tube de laryngectomie, pour les bénéficiaires avec une trachéostomie à long terme, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 153974 doit être prescrite par un médecin spécialiste en chirurgie générale, stomatologie, oto-rhino-laryngologie ou pédiatrie.

4.2. Remplacement
Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Le médecin-conseil est compétent en matière d'octroi d'un accord pour les cas qui dérogent au quota fixé au point 5.2. moyennant la présentation d'un rapport médical circonstancié, rédigé par un médecin spécialiste appartenant aux catégories citées au point 4.1.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 153974 ne peut être cumulée avec les prestations 153650-153661, 153672-153683, 153694-153705, 153716-153720, 153731-153742, 153753-153764.

5.2. Autres règles
La dotation pour la prestation 153974 est de 90 filtres et ne peut être attestée que cinq fois maximum par année calendrier.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

C-§08

Prestations liées

154114	154125
154136	154140
154151	154162
154173	154184
154195	154206
154210	154221

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors d'une thyroïdectomie ou d'une parathyroïdectomie effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

C-§09

Prestations liées

172336	172340
172351	172362
172373	172384

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de l'oreille moyenne il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172336-172340, 172351-172362 et 172373-172384 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. Implantation

La pose d'indication et l'implantation doivent être réalisées dans un établissement hospitalier comprenant un service d'oto-rhino-laryngologie spécialisé en cette matière, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un chirurgien ORL équivalent temps plein lié à cet établissement hospitalier et qui effectue l'implantation.

Cette équipe a pour but d'assurer:

- le bilan clinique et audiométrique pré-implantation

- l'implantation ;

- le réglage du dispositif ;

- le suivi audiologique et médical du bénéficiaire

1.2 Réglage et suivi

Le réglage et le suivi de l'implant doivent être réalisés dans un établissement hospitalier visé au point 1.1. et/ou un centre spécialisé en oto-rhino-laryngologie disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, un audicien-audiologue équivalent temps plein et un médecin ORL équivalent temps plein.

1.3. Les services mentionnés sous les points 1.1. et 1.2. doivent pouvoir garantir une assistance continue.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172336-172340, 172351-172362 et 172373-172384 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation de l’implant de l’oreille moyenne ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Indications

- Âge minimum : 3 ans ;

Et

- Avoir une perte auditive bilatérale dans chaque oreille sur la base d’une audiométrie tonale d’au moins 40 dB sur la moyenne de trois des cinq fréquences suivantes : 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz ;

Et

- Soit: Avoir essayé une aide auditive conventionnelle dans l’oreille à implanter durant au moins 3 mois avant une évaluation qui démontre que le bénéficiaire n’est pas en état de porter ou de bénéficier de cette aide auditive
- Soit: souffre d’une pathologie chronique qui l’empêche de porter une aide auditive conventionnelle ;

Et

- Absence d’infection active de l’oreille moyenne de l’oreille à implanter ;

2.2.1. Indications additionnelles pour l’oreille à implanter avec une surdité de perception

- Tympan intact et oreille moyenne aéré ;

Et

- Des seuils en conduction aérienne jusqu’à 65, 75, 80, 80, 85 et 85 dB HL respectivement à 500, 1000, 1500, 2000, 3000 et 4000 Hz ;

Et

- Les écarts entre les seuils de conduction osseuse et aérienne (le “air-bone gap”) n’excèdent pas 10 dB pour chaque fréquence de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz, pour l’oreille à implanter ;

2.2.2. Indications additionnelles pour l’oreille à implanter pour les surdités mixtes ou de transmission

- Soit : Le bénéficiaire n’entre pas en ligne de compte pour un cause médicale ou anatomique pour une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l’os temporal
- Soit : Les résultats mesurés en champ libre avec un simulateur à conduction osseuse démontrent un gain auditif de moins de 5 dB à l'indice vocal ou un gain de moins de 5 % d’un test d'intelligibilité vocale sans adjonction d'une source sonore ;

Et

- En cas d’une précédente chirurgie réparatrice de l’oreille moyenne avec éradication de la pathologie mais où l’audition est limitée par un écart entre les seuils de conduction aérienne et osseuse (air-bone gap) ≥ 30 dB ;

Et

- une perte auditive mixte ou de transmission avec des seuils de conduction osseuse jusqu’à 45, 50, 55, 65, 65 et 65 dB HL respectivement à 500, 1000, 1500, 2000, 3000 et 4000 Hz.

2.3 Contre-indications

- Problèmes cutanés pouvant gêner la mise en place de l'audioprocesseur
- Une maladie chronique de l'oreille interne tels que des vertiges ou un syndrome de Ménière

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 172336-172340, 172351-172362 et 172373-172384 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Pas d'application

3.2. Critères

3.2.1 Nouveau dispositif

Un nouvel implant de l'oreille moyenne ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

- soit être approuvé par la FDA (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative).

- soit disposer d'une ou plusieurs études cliniques publiées dans une revue «peer reviewed» avec minimum deux cent patients avec des indications équivalentes à celles décrites au point 2.2 qui démontrent une efficacité comparable aux dispositifs repris sur la liste nominative

3.2.2 Modification de la partie implantable

Un dispositif qui est, selon le demandeur, une modification légère d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative ne peut entrer en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance obligatoire que si la Commission juge qu'il s'agit d'une version légèrement modifiée sur base des éléments suivants : .

- un texte expliquant de façon détaillée et documentée que le dispositif n'a été que légèrement modifié et ne constitue donc pas un nouveau dispositif,

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

Une modification de la masse électromagnétique ne peut jamais être considérée comme une modification légère.

Si la Commission juge que le dispositif ne peut pas être considéré comme une modification légère, elle doit décider si celui-ci doit être considéré comme un modification ou comme un nouveau dispositif

Pour une modification de la masse électromagnétique, l'efficacité doit être démontrée au moyen d'un rapport ou d'une publication scientifique, basé sur l'implantation d'au moins 10 patients.

3.3. Conditions de garantie

Les dispositifs repris sur les listes nominatives doivent répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Dix ans de garantie totale à 100% pour les parties implantables
- Cinq ans de garantie totale à 100% pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile)

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 Première implantation

Procédure pour la prestation 172336-172340

Après implantation, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire C-Form-I-07 et d'un rapport médical et audiologique signé.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur

4.2. Remplacement

4.2.1. Procédure pour la prestation 172373-172384

La prestation 172373-172384 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, après implantation sur base du formulaire C-Form-I-08 et d'un rapport médical et audiologique signé.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est, après implantation, transmise par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2.2. Procédure pour la prestation 172351-172362

La prestation 172351-172362 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil sur base du formulaire C-Form-I-09 qui est transmis par le médecin-spécialiste implanteur au médecin-conseil.

4.2.3. Procédure pour le remplacement de dispositifs qui n'ont pas été remboursés

Pour les dispositifs qui n'ont pas été remboursés par l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que la première implantation répondait aux critères de remboursement, doivent être transmis par le médecin spécialiste implanteur qui a posé l'indication au Collège des médecins-directeurs. La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour le remplacement suit la procédure décrite au point 4.1

Les règles reprises au point 5 sont également valables pour ces dispositifs.

Cette procédure ne peut pas être appliquée pour le remplacement des dispositifs de l'oreille contralatérale.

4.3. Remplacement prématuré

4.3.1. Procédure pour la prestation 172351-172362 et 172373-172384:

Une dérogation exceptionnelle aux délais de remplacement des parties à implanter ou du processeur vocal peut être accordée, pour raison impérieuse, par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical motivé et ce, à condition que le dispositif concerné ait satisfait aux garanties reprises au point 3.3.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

5.2.1. Prestation 172336-172340:

Le bénéficiaire ne peut bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172336-172340 que pour une seule oreille.

5.2.2. Prestation 172351-172362:

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172351-172362 ne peut être accordée que minimum cinq ans après la prestation 172336-172340 ou 172351-172362 et lorsque l'appareil précédent ne fonctionne plus correctement.

5.2.3. Prestation 172373-172384:

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172373-172384 ne peut être accordée que minimum dix ans après la prestation 172336-172340 ou 172373-172384.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

D. Urologie et néphrologie

D.1 Rein

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154335 - 154346 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261634 - 261645 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 857,52*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 214,38*
				Montant du remboursement	*€ 643,14*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154350 - 154361 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261671 - 261682 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 568,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 142,06*
				Montant du remboursement	*€ 426,18*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154372 - 154383 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261693-261704 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 857,52*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 214,38*
				Montant du remboursement	*€ 643,14*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154394 - 154405 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260072-260083 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 231,43*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 57,85*
				Montant du remboursement	*€ 173,58*

Conditions de remboursement : *D-§07*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154416 - 154420 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260094 - 260105 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 172,54*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 43,13*
				Montant du remboursement	*€ 129,41*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154431 - 154442 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261715-261726 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 232,46*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 58,11*
				Montant du remboursement	*€ 174,35*

Conditions de remboursement : *D-§07*

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

154453 - 154464 Ensemble du matériel utilisé pour la confection d'une néphrostomie percutanée utilisé lors de la prestation 261811-261822 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 185,97*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 46,49*
				Montant du remboursement	*€ 139,48*

Conditions de remboursement : *D-§01*

D.2 Uretère

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154475 - 154486 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260190-260201 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 172,54*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 43,13*
				Montant du remboursement	*€ 129,41*

Conditions de remboursement : *D-§07*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154490 - 154501 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261376-261380 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 450,46*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 112,61*
				Montant du remboursement	*€ 337,85*

Conditions de remboursement : *D-§07*

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

154512 - 154523 Ensemble du matériel utilisé pour le traitement percutané de calculs rénaux et d'obstruction urétérale lors des prestations 262231-262242 et 261833-261844 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 185,97*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 46,49*
				Montant du remboursement	*€ 139,48*

Conditions de remboursement : *D-§01*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154534 - 154545 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260212-260223 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 172,54*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 43,13*
				Montant du remboursement	*€ 129,41*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154556 - 154560 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260234-260245 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 231,43*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 57,85*
				Montant du remboursement	*€ 173,58*

Conditions de remboursement : *D-§07*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154571 - 154582 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261752-261763 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 484,55*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 121,13*
				Montant du remboursement	*€ 363,42*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154593 - 154604 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261752 - 261763 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 308,91*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 77,22*
				Montant du remboursement	*€ 231,69*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154615 - 154626 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262010-262021 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 390,53*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 97,63*
				Montant du remboursement	*€ 292,90*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154630 - 154641 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262371 - 262382 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 190,10*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 47,52*
				Montant du remboursement	*€ 142,58*

Conditions de remboursement : *D-§07*

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

154652 - 154663 Sonde de drainage à double J pour drainage par voie urétérale, par uretère

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 80,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 80,08*

D. Urologie et néphrologie

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

154674 - 154685 Ensemble du matériel utilisé lors d'une urétéroscopie diagnostique

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 123,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 68,18*
				Montant du remboursement	*€ 55,80*

D.3 Vessie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154696 - 154700 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260411-260422 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 826,53*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 206,63*
				Montant du remboursement	*€ 619,90*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154711 - 154722 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260433-260444 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 826,53*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 206,63*
				Montant du remboursement	*€ 619,90*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154733 - 154744 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260433 - 260444 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 497,98*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 124,49*
				Montant du remboursement	*€ 373,49*

Conditions de remboursement : *D-§07*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154755 - 154766 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262334-262345 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 826,53*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 206,63*
				Montant du remboursement	*€ 619,90*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154770 - 154781 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262334 - 262345 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 769,70*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 192,42*
				Montant du remboursement	*€ 577,28*

Conditions de remboursement : *D-§07*

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

154792 - 154803 Set pour le placement percutané ou le remplacement d’un cathéter urinaire suspubien

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement	*€ 30,99*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 17,04*
				Montant du remboursement	*€ 13,95*

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

154814 - 154825 Produit à base de silicone utilisé en tant qu’agent de renflement (bulking agent) pour le traitement endoscopique de reflux vésico-urétéral primaire ou secondaire chez un enfant jusqu’à l’âge de seize ans dont la fonction rénale est réduite ou atteint d’infection récidivante et/ou pour le traitement endoscopique de l’incontinence après reconstruction préalable du col de la vessie chez des enfants jusqu’à l’âge de seize ans (par 0,5 ml)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 100,10*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 100,10*

Conditions de remboursement : *D-§02*

D. Urologie et néphrologie

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

154836 - 154840 Produit à base d'acide hyaluronique utilisé en tant qu'agent de renflement (bulking agent) pour le traitement endoscopique de reflux vésico-urétéral primaire ou secondaire chez un enfant jusqu'à l'âge de seize ans dont la fonction rénale est réduite ou atteint d'infection récidivante et/ou pour le traitement endoscopique de l'incontinence après reconstruction préalable du col de la vessie chez des enfants jusqu'à l'âge de seize ans (par 0,5 ml)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 184,19*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 184,19*

Conditions de remboursement : *D-§02*

D.4 Prostate

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154851 - 154862 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261796 - 261800 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 666,39*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 166,59*
				Montant du remboursement	*€ 499,80*

Conditions de remboursement : *D-§07*

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

154873 - 154884 Ensemble des marqueurs en or (aiguilles incluses) utilisés lors d'un carcinome de la prostate traité par IGRT (radiothérapie guidée par l'image)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 270,27*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 270,27*

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

154895 - 154906 Ensemble des marqueurs en or (aiguilles exclues) utilisés lors d'un carcinome de la prostate traité par IGRT (radiothérapie guidée par l'image)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 173,18*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 173,18*

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/03/2016 Date première publication : 1/03/2016

172675 - 172686 Ensemble du matériel de consommation pour l'exécution de la prestation 261796-261800 de la nomenclature par chirurgie robotisée endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.001,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.001,00*

Conditions de remboursement : *D-§08*

Date dernière modification : 1/03/2017 Date première publication : 1/03/2017

182055 - 182066 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par énucléation laser

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 350,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 350,00*

Conditions de remboursement : *D-§09*

Date dernière modification : 1/03/2017 Date première publication : 1/03/2017

182092 - 182103 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par vaporisation laser

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 350,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 350,00*

Conditions de remboursement : *D-§09*

D.5 Pénis/testicule

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

154910 - 154921 Prothèse d'érection munie d'un réservoir à liquide et d'une pompe et placée à la suite d'une impuissance consécutive à une affection vasculaire ou neurologique, ou après phalloplastie en cas de dysphorie de genre

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 3.876,93*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 4.846,16*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 969,23*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 3.876,93*

Conditions de remboursement : *D-§03*

D. Urologie et néphrologie

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

154932 - 154943 Prothèse testiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 291,30*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 291,30*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

154954 - 154965 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261236 - 261240 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 176,67*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 44,16*
				Montant du remboursement	*€ 132,51*

Conditions de remboursement : *D-§07*

D.6 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

154976 - 154980 Sphincter urinaire artificiel implanté composé d'une manchette gonflable, d'une pompe avec système de contrôle et d'un réservoir régulateur de pression

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 31401

Base de remboursement	*€ 5.305,38*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 5.305,38*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5.305,38*

Conditions de remboursement : *D-§04*

D.7 Neurostimulation

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

154991 - 155002 Appareil composé d'électrodes lombo-sacrées implantées et d'un stimulateur externe, placé pour le traitement d'affections vésicales neurogènes spastiques consécutives à une lésion irréversible de la moelle épinière

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31501

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 7.309,14*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§05*

D. Urologie et néphrologie

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

155013 - 155024 Premier neurostimulateur implanté en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31601

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

Prix plafond *€ 6.805,51* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

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

155035 - 155046 Neurostimulateur de remplacement implanté en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31601

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

Prix plafond *€ 6.805,51* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

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

155050 - 155061 Electrode implantée pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31602

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

Prix plafond *€ 1.385,96* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

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

155072 - 155083 Remplacement de l'électrode implantée pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31602

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

Prix plafond *€ 1.385,96* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

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

155094 - 155105 Electrode en cas de stimulation d'essai négative en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31602

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

Prix plafond *€ 1.385,96* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

D. Urologie et néphrologie

Conditions de remboursement : *D-§06*

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

155116 - 155120 Extension implantée pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31603
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

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

155131 - 155142 Remplacement de l'extension implantée pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31603
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

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

155153 - 155164 Appareil de contrôle par le patient pour neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31604
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 612,30*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *D-§06*

D.8 Matériel utilisé pour un examen uro-dynamique

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

155175 - 155186 Matériel utilisé pour un examen uro-dynamique, utilisé lors de la prestation 261951-261962, 261973-261984 ou 261995-262006 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	II.D.d				
Base de remboursement	*€ 61,99*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 34,09*
				Montant du remboursement	*€ 27,90*

D. Urologie et néphrologie

D.9 Divers

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

155190 - 155201 Anse pour l'ablation endoscopique de tissu obstructif et de tumeurs du tractus urogénital, utilisée lors des prestations 260315-260326, 260470-260481, 261391-261402 ou 261553-261564 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 41,33*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 22,73*
				Montant du remboursement	*€ 18,60*

Conditions de remboursement : *D-§07*

Conditions de remboursement

D-§01

Prestations liées

154453	154464
154512	154523

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors du traitement percutané de calculs rénaux et d'obstruction urétérale ou utilisés lors de la confection d'une néphrostomie percutanée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
La prestation 154512-154523 ne peut pas être cumulée avec la prestation 154453-154464.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

D-§02
Prestations liées

154814	154825
154836	154840

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'agent de renflement pour le traitement de reflux vésico-urétral, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 154814-154825 et 154836-154840 ne peuvent pas être cumulées entre elles.
Lors du traitement d'un seul uretère, la prestation 154814-154825 ou la prestation 154836-154840 peut être attestée au maximum deux fois.
En cas de traitement bilatéral, la prestation 154814-154825 ou la prestation 154836-154840 peut être attestée au maximum quatre fois.
Le traitement ne peut être répété qu'une et une seule fois par uretère.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

D-§03
Prestations liées

154910 154921

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses d'érection, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 154910-154921 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- affection vasculaire résistante à la thérapie médicamenteuse et/ou chirurgicale

ou

- affection neurologique, y compris les lésions traumatiques ou diabétiques

ou

- après une phalloplastie en cas de dysphorie de genre.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au sphincter urinaire artificiel, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 154976-154980 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion
- les incontinences urinaires résultant d'une insuffisance sphinctérielle objectivée par un examen urodynamique. Cet examen urodynamique consiste au moins en une urétrocystométrie et un instantané mictionnel avec E.M.G. sphinctériens simultanés

et
- s'il s'agit d'une incontinence durant depuis au moins un an et résistante aux traitements classiques, y compris une rééducation spéciale du plancher pelvien sous la conduite d'un médecin spécialiste en médecine physique et en rééducation

et
- l'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du sphincter urinaire artificiel ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Critères d'exclusion
- une hyperréflexie sévère non contrôlable pharmacologiquement;
- une microvessie organique;
- une infection urinaire incontrôlable;
- une lithiase des voies urinaires inférieures;
- un reflux vésico-urétéral important;
- une obstruction des voies urinaires basses.

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition
Pas d'application.

3.2. Critères
La prestation 154976-154980 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si au moins une étude prospective est fournie avec au moins 100 hommes avec une incontinence non neurogène avec un follow-up minimal d'un an, publié dans un journal peer-reviewed, dans lequel il a été démontré que l'efficacité du sphincter (c'est-à-dire l'effet sur le critère d'évaluation principal, la dysfonction urinaire) , n'est pas inférieure au standard actuel et les effets secondaires potentiels (tels que l'érosion, l'infection et les failles mécaniques, etc.) ne sont pas plus graves qu'avec le standard actuel.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application.

4.Procédure de demande et formulaires
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Si seulement une partie du sphincter urinaire artificiel doit être remplacée, cette partie peut être facturée via la prestation 154976-154980 et le code d'identification attribué au sphincter complet. Le remboursement se limite au prix de la facture. Cependant, si la partie à remplacer tombe sous les conditions de garantie, aucun remboursement n'est prévu.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d’application.

D-§05
Prestations liées

154991 155002

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au traitement d'affection vésicale neurogène par neurostimulation, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 154991-155002 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord par le médecin-conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié rédigé par l'urologue implanteur.

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

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Si seulement une partie de l'appareil doit être remplacée, cette partie peut être facturée via la prestation 154991-155002 et le code d'identification attribué à l'appareil complet. Le remboursement se limite au prix de la facture.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application

D-§06
Prestations liées

155013	155024
155035	155046
155050	155061
155072	155083
155094	155105
155116	155120
155131	155142
155153	155164

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 155013-155024, 155035-155046, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142et 155153-155164 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 :
Les urologues travaillant dans un service qui a une expérience quotidienne en matière d'urodynamique et qui dispose d'un appareil d'enregistrement à cinq canaux permettant de mesurer simultanément la pression détrusienne, la pression intra-abdominale (+ soustraction) et le débit urinaire.
Ils doivent également disposer d'un enregistrement simultané de l'activité électrophysiologique du sphincter externe ou du plancher pelvien.
Le service "Urologie" doit disposer d'une expertise en matière d'examen neurophysiologique du nervus pudendus et des réflexes du plancher pelvien.
L'équipe doit avoir reçu la formation adéquate, à savoir avoir assisté à au moins un workshop sur la technique de traitement "neurostimulation des voies urinaires inférieures", et avoir effectué également deux stimulations d'essai et deux implantations sous la supervision d'un médecin ayant réalisé au moins quinze implantations.
Chaque équipe certifie au Service des soins de santé, sur base du formulaire D-Form-II-01, que les dispositions précitées ont été respectées.
Sur la base de ce formulaire, le Comité de l'assurance dresse, sur proposition de la Commission, une liste des établissements hospitaliers ayant démontré qu'ils répondent aux conditions susmentionnées.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 155013-155024, 155035-155046, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142 et 155153-155164 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Critères d'inclusion
a) bénéficiaire souffrant d'incontinence d'urgence, réfractaire aux traitements non chirurgicaux conventionnels (à savoir rééducation vésicale, pharmacothérapie). L'incontinence de stress n'entre pas en ligne de compte. Ce groupe se compose de bénéficiaires présentant une incontinence due à une hypercontractilité du détrusor et de bénéficiaires souffrant d'incontinence d'urgence sans contraction(s) instable(s) manifeste(s) du détrusor
ou
b) bénéficiaire présentant un trouble de la miction caractérisé par une incontinence, une miction discontinue ou une rétention secondaire due à une acontractilité ou une hypocontractilité détrusienne ou une hyperactivité du sphincter uréthral après échec des traitements kinésithérapeutique et pharmacologique
ou
c) bénéficiaire présentant une hyperactivité de la vessie, mais sans incontinence urinaire, réfractaire aux traitements kinésithérapeutique et pharmacologique.
L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. L'espérance de vie du bénéficiaire doit être de cinq ans au minimum. Le bénéficiaire doit être en mesure de se déplacer de façon autonome.
Le bénéficiaire doit être apte et disposé à compléter entièrement et correctement le journal de miction proposé.
Le bénéficiaire doit avoir une capacité vésicale adéquate. Le détrusor doit permettre le stockage de ce volume sans obstruction uréthrale
Le bénéficiaire doit être âgé de plus de seize ans. Une dérogation à la limite d'âge peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs.

2.2. Critères d'exclusion
a) Sclérose en plaques avec un score > 6 sur l'échelle de Kurtzke;
b) bénéficiaire enceinte;
c) bénéficiaire présentant des lésions anatomiques qui contrecarrent l'implantation telles que des lésions de la colonne vertébrale (hernie discale), des lésions de la moelle épinière datant de moins de six mois, des complications hémorragiques, etc;

d) Douleur pelvienne d'origine inconnue qui ne s'accompagne pas d'un trouble de la miction;
e) Problèmes psychiatriques et psychologiques qui interfèrent avec l'utilisation du dispositif;
f) bénéficiaire qui ne veut pas ou qui n'est pas en état de subir des examens de suivi ou de suivre des instructions;
g) Obstruction mécanique de voie urinaire comme l'obstruction par hypertrophie de la prostate ou la sténose de l'urètre;
h) bénéficiaire souffrant d'incontinence urinaire de stress

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 155013-155024 et 155035-155046 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition
Pas d'application.

3.2. Critères
Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie
Neurostimulateurs non rechargeables :
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 155013-155024 et 155035-155046, une garantie (warranty) en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de 15 mois.
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 155013-155024 et 155035-155046, une garantie de 15 mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux (end of life).

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux dispositions du point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.
Ces documents doivent au moins contenir:
1) les antécédents médicaux et chirurgicaux;
2) le diagnostic urologique;
3) l'examen urodynamique;
4) le traitement médicamenteux et le résultat du test de neuromodulation;
5) le bénéficiaire a-t-il achevé son traitement médicamenteux et kinésithérapeutique ?;
6) journal de miction : 3 jours avant et 3 jours après la stimulation d'essai;
7) échelle analogique visuelle de "satisfaction" du bénéficiaire avant et après le test de neuromodulation.

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
Une dérogation à la limite d'âge peut être accordée avant implantation par le Collège des médecins-directeurs. Pour ces bénéficiaires, le médecin spécialiste en urologie doit introduire un dossier médical complet contenant une anamnèse détaillée au Collège des médecins-directeurs.
Le Collège demande l'avis de la Commission.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

D-§07	
Prestations liées	
154335	154346
154350	154361
154372	154383
154394	154405
154416	154420
154431	154442
154475	154486
154490	154501
154534	154545
154556	154560
154571	154582
154593	154604
154615	154626
154630	154641
154696	154700
154711	154722
154733	154744
154755	154766
154770	154781
154851	154862
154954	154965
155190	155201

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la prostatectomie radicale endoscopique robotisée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172675-172686 ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

- Le bénéficiaire subit une prostatectomie radicale endoscopique robotisée

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172675-172686, ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Par «robotisée», il convient d'entendre une intervention effectuée par l'intermédiaire d'un robot équipé de 3 à 4 bras et commandé à distance depuis une console pour interventions par voie endoscopique avec image tridimensionnelle.

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

La prestation 172675-172686 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si :

- une consultation oncologique multidisciplinaire a eu lieu avant la chirurgie ;

Les documents desquels il ressort que le point précédent a été rempli, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172675-172686 et 154851-154862 sont cumulables.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Au plus tard le 1er juin 2016, la Belgian Association of Urology (BAU) doit, en collaboration avec les organismes assureurs, rédiger un rapport final sur la base des données collectées dans le cadre de la déclaration d'accord pour l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts du matériel de consommation pour une prostatectomie radicale assistée par robot effectuée par voie endoscopique (ainsi que de la littérature scientifique en la matière) à l'intention de la Commission.

Ce rapport doit contenir au moins les éléments suivants:

- Le nombre de patients traités
- L'âge des patients

- La durée d'hospitalisation
- Le type de tumeur
- La localisation dans la prostate avec indication d'atteinte ou non de la capsule
- Les informations anatomopathologiques
- Les paramètres péri-opératoire (perte de sang, transfusion, lymphadénectomie, préservation des nerfs)
- Le suivi des résultats :
  - Incontinence
  - Dysfonction érectile
  - PSA
  - QoL
  - Nécessité d'un traitement adjuvant / traitement de sauvetage (radiothérapie, hormonothérapie)
- Le matériel utilisé
- La comparaison des résultats (durée d'hospitalisation, coûts des soins postopératoires,…) avec les données concernant :
  - La prostatectomie radicale endoscopique non assistée par robot
  - La prostatectomie radicale classique

Les données pour la comparaison sont issues, pour la même période, des données de facturation des organismes assureurs

- Les résultats sont examinés avec d'autres grandes séries (de la littérature nationale et internationale).

Sur la base de ce rapport final la Commission évaluera de nouveau les conditions de remboursement.

D-§09
Prestations liées

182055	182066
182092	182103

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 182055-182066, 182092-182103 et 155190-155201 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2 Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.1 Intervention sur l'œsophage

E.1.1 Oesophagectomie

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

155212 - 155223 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.256,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.256,32*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155234 - 155245 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.256,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.256,32*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155256 - 155260 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.256,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.256,32*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155271 - 155282 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.256,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.256,32*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

155293 - 155304 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.534,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.534,24*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155315 - 155326 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.534,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.534,24*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155330 - 155341 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.534,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.534,24*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155352 - 155363 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.534,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.534,24*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.1.2 Sonde/Stent

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

155374 - 155385 Tuteur oesophagien auto-expansible en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 635,64*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 635,64*

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

155396 - 155400 Tuteur oesophagien auto-expansible en métal, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.401,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.401,42*

E.1.3 Sonde de mesure

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

155411 - 155422 Sonde de mesure de l'acidité, utilisée lors de la prestation 473594 - 473605 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 46,49*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 25,56*
				Montant du remboursement	*€ 20,93*

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

155433 - 155444 Sonde de mesure de l’acidité et de l’impédance, utilisée lors de la prestation 474670-474681 de la nomenclature à partir de dix-huite ans

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 153,94*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 84,66*
				Montant du remboursement	*€ 69,28*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

155455 - 155466 Sonde de mesure de l'acidité et de l'impédance, utilisée lors de la prestation 474670-474681 de la nomenclature jusqu'à dix-sept ans y compris

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 153,94*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 38,48*
				Montant du remboursement	*€ 115,46*

E.1.4 Autres

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

155470 - 155481 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473270 - 473281 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 98,15*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 24,53*
				Montant du remboursement	*€ 73,62*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/04/2016 Date première publication : 1/04/2016

172616 - 172620 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une ablation par radiofréquence circonférentielle des tissus circulaires affectés sur une longueur de ≥ 30 mm dans l'œsophage de Barrett

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 3.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 3.000,00*

Conditions de remboursement : *E-§10*

Date dernière modification : 1/04/2016 Date première publication : 1/04/2016

172631 - 172642 Ensemble de matériel de consommation utilisé lors d'une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de ≤ 20 mm dans l'œsophage de Barrett

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.500,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.500,00*

Conditions de remboursement : *E-§10*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2016 Date première publication : 1/04/2016

172653 - 172664 Ensemble de matériel de consommation utilisé lors d'une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de > 20 mm dans l'œsophage de Barrett

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 2.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.000,00*

Conditions de remboursement : *E-§10*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

173913 - 173924 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474832 - 474843 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 400,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,00*

Conditions de remboursement : *E-§12,E-§08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

173935 - 173946 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474876 - 474880 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 700,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 700,00*

Conditions de remboursement : *E-§12,E-§08*

E.2 Intervention sur l'estomac

E.2.1 Gastrectomie

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

155492 - 155503 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241474 - 241485 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 353,34*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 88,33*
				Montant du remboursement	*€ 265,01*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

155514 - 155525 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241474 - 241485 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 353,34*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 88,33*
				Montant du remboursement	*€ 265,01*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155536 - 155540 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241533 - 241544 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 191,13*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 47,78*
				Montant du remboursement	*€ 143,35*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155551 - 155562 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241430 - 241441 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 500,05*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 125,01*
				Montant du remboursement	*€ 375,04*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155573 - 155584 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241452 - 241463 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 2.169,63*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 542,40*
				Montant du remboursement	*€ 1.627,23*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

155595 - 155606 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241452 - 241463 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 719,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 179,77*
				Montant du remboursement	*€ 539,31*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155610 - 155621 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241555 - 241566 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 380,20*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 95,05*
				Montant du remboursement	*€ 285,15*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155632 - 155643 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241415 - 241426 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 500,05*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 125,01*
				Montant du remboursement	*€ 375,04*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.2.2 Sonde/Stent

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

155654 - 155665 Ensemble du matériel utilisé pour le placement d'une sonde de gastrostomie, y compris la sonde de gastrostomie, utilisé lors de la prestation 355950-355961 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 82,65*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 82,65*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

155676 - 155680 Ensemble du matériel utilisé pour le placement d'une sonde de gastrostomie, y compris la sonde de gastrostomie, utilisé lors de la prestation 241695-241706 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 41,33*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 41,33*

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

155691 - 155702 Bouton gastrique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 165,31*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 165,31*

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

155713 - 155724 Sonde de gastrostomie de remplacement

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 20,66*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 20,66*

Conditions de remboursement : *E-§01*

E.2.3 Autres

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

155735 - 155746 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241614 - 241625 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 353,34*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 88,33*
				Montant du remboursement	*€ 265,01*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

155750 - 155761 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241614 - 241625 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 353,34*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 88,33*
				Montant du remboursement	*€ 265,01*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155772 - 155783 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244716 - 244720 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 370,90*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 92,72*
				Montant du remboursement	*€ 278,18*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.3 Bariatrie

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

155794 - 155805 Anneau gastrique réglable et système de port de commande, utilisés à l'occasion de la prestation 241813-241824 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.c

Base de remboursement	*€ 1.751,78*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 788,30*
				Montant du remboursement	*€ 963,48*

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

155816 - 155820 Remplacement du port et/ou cathéter de la prestation 155794-155805

Catégorie de remboursement : I.D.c

Base de remboursement	*€ 250,25*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 112,61*
				Montant du remboursement	*€ 137,64*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

155831 - 155842 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241776-241780 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.e

Base de remboursement	*€ 619,89*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*88,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 545,50*
				Montant du remboursement	*€ 74,39*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155853 - 155864 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241776-241780 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.c

Base de remboursement	*€ 1.808,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 813,61*
				Montant du remboursement	*€ 994,42*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155875 - 155886 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241813-241824 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.c

Base de remboursement	*€ 361,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 162,72*
				Montant du remboursement	*€ 198,89*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155890 - 155901 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241835-241846 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.e

Base de remboursement	*€ 619,89*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*88,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 545,50*
				Montant du remboursement	*€ 74,39*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

155912 - 155923 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241835-241846 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.c

Base de remboursement	*€ 2.169,63*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*45,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 976,33*
				Montant du remboursement	*€ 1.193,30*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.4 Intervention sur l'intestin grêle, le colon, le rectum, l'anus ou l'appendice

E.4.1 Résection

E.4.1.1 Résection de l'intestin grêle

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

155934 - 155945 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243235 - 243246 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.225,33*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 306,33*
				Montant du remboursement	*€ 919,00*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155956 - 155960 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243235 - 243246 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 303,75*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 75,93*
				Montant du remboursement	*€ 227,82*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

155971 - 155982 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243250 - 243261 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 353,34*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 88,33*
				Montant du remboursement	*€ 265,01*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.4.1.2 Résection du colon, du rectum ou de l'anus

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

155993 - 156004 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243036 - 243040 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.677,85*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 419,46*
				Montant du remboursement	*€ 1.258,39*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156015 - 156026 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243036 - 243040 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 471,12*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 117,78*
				Montant du remboursement	*€ 353,34*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156030 - 156041 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243073 - 243084 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.612,76*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 403,19*
				Montant du remboursement	*€ 1.209,57*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156052 - 156063 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243073 - 243084 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 431,86*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 107,96*
				Montant du remboursement	*€ 323,90*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156074 - 156085 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244053 - 244064 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.139,57*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 284,89*
				Montant du remboursement	*€ 854,68*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156096 - 156100 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244053 - 244064 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 196,30*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 49,07*
				Montant du remboursement	*€ 147,23*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156111 - 156122 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244016 - 244020 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.031,09*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 257,77*
				Montant du remboursement	*€ 773,32*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156133 - 156144 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244753 - 244764 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.913,41*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 478,35*
				Montant du remboursement	*€ 1.435,06*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156155 - 156166 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244753 - 244764 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 924,68*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 231,17*
				Montant du remboursement	*€ 693,51*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156170 - 156181 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'une hémi-colectomie gauche, d'une résection du sigmoïde ou d'une résection partielle du rectum, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.798,73*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 449,68*
				Montant du remboursement	*€ 1.349,05*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156192 - 156203 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'une hémi-colectomie gauche, d'une résection du sigmoïde ou d'une résection partielle du rectum, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.372,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 343,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.029,03*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156214 - 156225 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'hémi-colectomie droite ou d'une résection segmentaire du colon, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.341,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 335,26*
				Montant du remboursement	*€ 1.005,78*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156236 - 156240 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'hémi-colectomie droite ou d'une résection segmentaire du colon, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 429,79*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 107,44*
				Montant du remboursement	*€ 322,35*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156251 - 156262 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244031 - 244042 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.958,87*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 489,71*
				Montant du remboursement	*€ 1.469,16*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156273 - 156284 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244031 - 244042 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.399,93*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 349,98*
				Montant du remboursement	*€ 1.049,95*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156295 - 156306 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244554 - 244565 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 409,13*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 102,28*
				Montant du remboursement	*€ 306,85*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.4.1.3 Appendectomie

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

156310 - 156321 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243154-243165 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 309,95*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 170,47*
				Montant du remboursement	*€ 139,48*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156332 - 156343 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244871-244882 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.239,79*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 309,94*
				Montant du remboursement	*€ 929,85*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156354 - 156365 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244871-244882 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 232,46*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 58,11*
				Montant du remboursement	*€ 174,35*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.4.2 Sonde/Stent

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

156376 - 156380 Sonde jéjunale

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 22,73*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 22,73*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156391 - 156402 Tuteur duodénal auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.401,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.401,42*

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

156413 - 156424 Tuteur du côlon, auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.401,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.401,42*

E.4.3 Autres

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

156435 - 156446 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473690 - 473701 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 266,55*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 66,63*
				Montant du remboursement	*€ 199,92*

Conditions de remboursement : *E-§02,E-§08*

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

156450 - 156461 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242115 - 242126 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 879,22*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 219,80*
				Montant du remboursement	*€ 659,42*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156472 - 156483 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242115 - 242126 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 879,22*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 219,80*
				Montant du remboursement	*€ 659,42*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156494 - 156505 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243110 - 243121 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 696,35*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 174,08*
				Montant du remboursement	*€ 522,27*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156516 - 156520 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243110 - 243121 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 422,56*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 105,64*
				Montant du remboursement	*€ 316,92*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156531 - 156542 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243272 - 243283 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.160,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 290,06*
				Montant du remboursement	*€ 870,18*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156553 - 156564 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243272 - 243283 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.160,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 290,06*
				Montant du remboursement	*€ 870,18*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156575 - 156586 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243176 - 243180 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.139,57*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 284,89*
				Montant du remboursement	*€ 854,68*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156590 - 156601 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243176 - 243180 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 187,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 46,75*
				Montant du remboursement	*€ 140,25*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156612 - 156623 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243191 - 243202 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 172,54*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 43,13*
				Montant du remboursement	*€ 129,41*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156634 - 156645 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244156 - 244160 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 824,46*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 206,11*
				Montant du remboursement	*€ 618,35*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156656 - 156660 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244156 - 244160 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 824,46*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 206,11*
				Montant du remboursement	*€ 618,35*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156671 - 156682 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244193 - 244204 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 592,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 148,00*
				Montant du remboursement	*€ 444,00*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156693 - 156704 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243331 - 243342 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 171,50*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 42,87*
				Montant du remboursement	*€ 128,63*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

173950 - 173961 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474751 - 474762 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 300,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,00*

Conditions de remboursement : *E-§12,E-§08*

E.5 Intervention sur le foie, le pancréas ou la vésicule biliaire

E.5.1 Résection

E.5.1.1 Résection du foie

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

156715 - 156726 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244856-244860 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.036,26*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.036,26*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156730 - 156741 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244856-244860 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 717,01*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 717,01*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156752 - 156763 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242292 - 242303 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 791,40*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 197,85*
				Montant du remboursement	*€ 593,55*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156774 - 156785 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242292 - 242303 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 387,43*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 96,85*
				Montant du remboursement	*€ 290,58*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156796 - 156800 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242336 - 242340 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 791,40*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 197,85*
				Montant du remboursement	*€ 593,55*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156811 - 156822 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242336 - 242340 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 387,43*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 96,85*
				Montant du remboursement	*€ 290,58*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156833 - 156844 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242314 - 242325 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 791,40*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 197,85*
				Montant du remboursement	*€ 593,55*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156855 - 156866 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242314 - 242325 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 387,43*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 96,85*
				Montant du remboursement	*€ 290,58*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.5.1.2 Résection de la vésicule biliaire

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

156870 - 156881 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242454-242465 et 242476-242480 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 308,91*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 77,22*
				Montant du remboursement	*€ 231,69*

Conditions de remboursement : *E-§03,E-§08*

E.5.1.3 Résection du pancréas

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

156892 - 156903 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 - 242060 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 98,15*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 24,53*
				Montant du remboursement	*€ 73,62*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156914 - 156925 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 - 242060 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 98,15*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 24,53*
				Montant du remboursement	*€ 73,62*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

156936 - 156940 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 - 242023 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 891,62*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 222,90*
				Montant du remboursement	*€ 668,72*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156951 - 156962 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 - 242023 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 891,62*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 222,90*
				Montant du remboursement	*€ 668,72*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

156973 - 156984 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242034 - 242045 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 559,97*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 139,99*
				Montant du remboursement	*€ 419,98*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.5.2 Sonde/Stent

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

156995 - 157006 Tuteur biliaire en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 75,08*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

157010 - 157021 Tuteur biliaire, auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.001,02*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.001,02*

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

157032 - 157043 Tuteur pancréatique en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 75,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,08*

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

157054 - 157065 Tuteur pancréatique, auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.001,02*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.001,02*

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

157076 - 157080 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723 de la nomenclature, par voie endoscopique, sans utilisation de ballonnet de dilatation

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 368,84*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 92,21*
				Montant du remboursement	*€ 276,63*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157091 - 157102 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723 de la nomenclature, par voie endoscopique, le ballonnet de dilatation utilisé inclus

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 605,43*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 151,35*
				Montant du remboursement	*€ 454,08*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.5.3 Autres

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

157113 - 157124 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473830 - 473841 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 444,26*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 111,06*
				Montant du remboursement	*€ 333,20*

Conditions de remboursement : *E-§02,E-§08*

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

157135 - 157146 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242491 - 242502 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 165,31*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 41,32*
				Montant du remboursement	*€ 123,99*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157150 - 157161 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242491 - 242502 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 165,31*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 41,32*
				Montant du remboursement	*€ 123,99*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157172 - 157183 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242373 - 242384 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 172,54*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 43,13*
				Montant du remboursement	*€ 129,41*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

157194 - 157205 Matériel pour biopsie hépatique percutanée utilisé lors de la prestation 355751 - 355762 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 20,66*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 20,66*

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

157216 - 157220 Ensemble du matériel pour le prélèvement d'une biopsie hépatique via une cathétérisation transjugulaire, utilisé lors de la prestation 473410 - 473421 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 258,29*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 258,29*

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

157231 - 157242 Utilisation des cathéters à radiofréquence lors de l'ablation endoscopique de tumeurs du foie

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 875,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 218,77*
				Montant du remboursement	*€ 656,31*

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

157253 - 157264 Set de cysto-entérostomie ou de cystogastrostomie utilisé lors de la prestation 473911 - 473922 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 294,45*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 73,61*
				Montant du remboursement	*€ 220,84*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

173972 - 173983 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474736 - 474740 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.200,00*	*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 : *E-§08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

173994 - 174005 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474773 - 474784 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 200,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 200,00*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.5.4 Dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique

Date dernière modification : 1/08/2015 Date première publication : 1/08/2015

172314 - 172325 Ensemble du matériel de consommation, y compris l'utilisation de l'appareil, pour la réalisation d'une session de dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique

Catégorie de remboursement : II.G.a

Base de remboursement	*€ 2.053,92*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.053,92*

Conditions de remboursement : *E-§09*

E.6 Autres chirurgies abdominales, digestives ou oncologiques (debulking, ...)

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

157275 - 157286 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244893-244904 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 413,26*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 413,26*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

157290 - 157301 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244893-244904 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 413,26*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 413,26*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157312 - 157323 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244915-244926 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 413,26*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 413,26*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157334 - 157345 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244915-244926 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 413,26*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 413,26*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157356 - 157360 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244930-244941 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.818,36*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.818,36*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

157371 - 157382 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 244952-244963 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 413,26*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 413,26*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157393 - 157404 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 240472-240483 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 209,73*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 52,43*
				Montant du remboursement	*€ 157,30*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157415 - 157426 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 240450-240461 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 209,73*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 52,43*
				Montant du remboursement	*€ 157,30*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157430 - 157441 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243751 - 243762 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 835,82*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 208,95*
				Montant du remboursement	*€ 626,87*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

157452 - 157463 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243751 - 243762 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 387,43*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 96,85*
				Montant du remboursement	*€ 290,58*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157474 - 157485 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243773 - 243784 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 929,84*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 232,46*
				Montant du remboursement	*€ 697,38*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157496 - 157500 Ensemble du matériel de consommation, y compris le système d'aspiration pour l'évacuation des vapeurs toxiques développé spécifiquement pour la prestation 244974-244985 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.653,05*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.653,05*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

180014 - 180025 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474891 - 474902 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 140,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 140,00*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

180036 - 180040 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474795 - 474806 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 150,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 150,00*

Conditions de remboursement : *E-§11,E-§08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

180051 - 180062 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474810 - 474821 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 400,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,00*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.7 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157511 - 157522 Sphincter anal artificiel pour le traitement de l'incontinence fécale, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 31701

Base de remboursement	*€ 5.476,55*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 5.476,55*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5.476,55*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E.8 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157533 - 157544 Premier stimulateur implanté pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.456,79*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157555 - 157566 Stimulateur de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.456,79*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157570 - 157581 Electrode implantée pour la prestation 157533-157544 ou 157555-157566

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31802

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.146,03*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157592 - 157603 Remplacement de l’électrode implantée pour la prestation 157533-157544 ou 157555-157566

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31802

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.146,03*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157614 - 157625 Appareil de contrôle par le patient pour neurostimulation en cas de traitement de l’incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31803

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 612,30*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157636 - 157640 Premier stimulateur implanté pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31901

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 6.805,51*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157651 - 157662 Stimulateur de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31901

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 6.805,51*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157673 - 157684 Electrode implantée pour la prestation 157636-157640 ou 157651-157662

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31903

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.385,96*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157695 - 157706 Remplacement de l’électrode implantée pour la prestation 157636-157640 ou 157651-157662

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31903

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.385,96*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157710 - 157721 Electrode en cas de stimulation d'essai négative en cas de traitement de l’incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 31903

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.385,96*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157732 - 157743 Extension implantée pour neurostimulateur en cas de traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31902
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157754 - 157765 Remplacement de l'extension implantée pour neurostimulateur en cas de traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31902
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 267,41*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

157776 - 157780 Appareil de contrôle par le patient pour neurostimulation en cas de traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	31904
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 612,30*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *E-§04*

E.9 Traitement d'hernies

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

157791 - 157802 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241872-241883 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	*€ 723,21*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 180,80*
				Montant du remboursement	*€ 542,41*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

157813 - 157824 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241894-241905 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 723,21*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 180,80*
				Montant du remboursement	*€ 542,41*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157835 - 157846 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241916-241920 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 723,21*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 180,80*
				Montant du remboursement	*€ 542,41*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157850 - 157861 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241931-241942 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.002,16*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 250,54*
				Montant du remboursement	*€ 751,62*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

157872 - 157883 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241032-241043 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 357,47*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 89,36*
				Montant du remboursement	*€ 268,11*

Conditions de remboursement : *E-§05,E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.10 Filets

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

157894 - 157905 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou pour réparation d'une hernie inguinale ou pour la protection d'un organe jusque 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 0,50*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 0,75*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,25*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 0,50*

Conditions de remboursement : *E-§06*

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

157916 - 157920 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou pour réparation d'une hernie inguinale ou pour la protection d'un organe à partir de 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 0,40*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 0,44*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 0,40*

Conditions de remboursement : *E-§06*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

157931 - 157942 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale), conçu pour un placement intrapéritonéen et en contact avec un organe jusque 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 32001

Base de remboursement	*€ 3,00*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 3,90*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,90*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 3,00*

Conditions de remboursement : *E-§06*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

157953 - 157964 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale), conçu pour un placement intrapéritonéen et en contact avec un organe à partir de 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 32002

Base de remboursement	*€ 2,00*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 2,60*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,60*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2,00*

Conditions de remboursement : *E-§06*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

157990 - 158001 Filet préformé pour réparation d'une hernie inguinale

Catégorie de remboursement :	I.E.b			**Liste Nom.**	32101
Base de remboursement	*€ 195,20*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 48,80*
				Montant du remboursement	*€ 146,40*

Conditions de remboursement : *E-§06*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

158012 - 158023 Filet préformé pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale)

Catégorie de remboursement :	I.E.b			**Liste Nom.**	32102
Base de remboursement	*€ 195,20*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 48,80*
				Montant du remboursement	*€ 146,40*

Conditions de remboursement : *E-§06*

E.11 Intervention sur la rate ou les glandes surrénales

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

158056 - 158060 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242712 - 242723 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	*€ 417,40*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 104,35*
				Montant du remboursement	*€ 313,05*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

158071 - 158082 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242712 - 242723 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	*€ 417,40*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 104,35*
				Montant du remboursement	*€ 313,05*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

158093 - 158104 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242690 - 242701 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 447,36*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 111,84*
				Montant du remboursement	*€ 335,52*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

158115 - 158126 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242631 - 242642 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 660,19*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 165,04*
				Montant du remboursement	*€ 495,15*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E.12 Divers

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

158130 - 158141 Vidéocapsule endoscopique utilisée lors de la prestation 473933-473944 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 619,89*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 154,97*
				Montant du remboursement	*€ 464,92*

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

158152 - 158163 Shunt péritonéoveineux pour traitement d'ascite

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.357,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.357,38*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

158211 - 158222 Anse pour l'ablation endoscopique de polypes ou de lésions nodulaires dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors d'une des prestations 473955 - 473966, 473211 - 473222, 473756 - 473760, 473793 - 473804 ou 472570 – 472581 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 20,66*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 11,36*
				Montant du remboursement	*€ 9,30*

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

158233 - 158244 Pince pour le prélèvement endoscopique d'une biopsie dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors de la prestation 472356 - 472360, 472415 - 472426, 472452 - 472463, 472555 - 472566, 472570 - 472581, 473056 - 473060, 473093 - 473104, 473174 - 473185, 473211 - 473222, 473432 - 473443, 473756 - 473760 ou 473793 - 473804 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 15,50*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 8,52*
				Montant du remboursement	*€ 6,98*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

158255 - 158266 Aiguille pour l'injection d'un agent sclérosant, utilisée lors d'une des prestations 472555 - 472566, 472570 - 472581, 473211 - 473222, 473270 - 473281, 473675 - 473686, 473756 - 473760 ou 473771 - 473782 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 15,50*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 3,87*
				Montant du remboursement	*€ 11,63*

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

158270 - 158281 Un ou plusieurs ballon(s) utilisé(s) par voie endoscopique pour le traitement des constrictions et des sténoses dans le tractus gastro-intestinal, utilisé lors d'une des prestations 472091-472102 ou 473815-473826 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 196,30*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 49,07*
				Montant du remboursement	*€ 147,23*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

158292 - 158303 Brosse de cytologie utilisée lors d'une des prestations 472356 - 472360, 473056 - 473060, 473734 - 473745, 473093 - 473104, 473690 - 473701 ou 473712 - 473723 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 15,50*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 8,52*
				Montant du remboursement	*€ 6,98*

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

158314 - 158325 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243611 - 243622 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 172,54*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 43,13*
				Montant du remboursement	*€ 129,41*

Conditions de remboursement : *E-§08*

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

158336 - 158340 Cathéter à demeure en vue d'une dialyse péritonéale chronique

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 238,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 238,24*

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

158373 - 158384 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 353253 – 353264 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 309,95*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 170,47*
				Montant du remboursement	*€ 139,48*

Conditions de remboursement : *E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

158395 - 158406 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 350512 – 350523 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 309,95*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 170,47*
				Montant du remboursement	*€ 139,48*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

180073 - 180084 Aiguille cytologique utilisée lors d'un examen gastro-entérologique couplé avec une écho-endoscopie et une ponction

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 150,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 150,00*

Conditions de remboursement : *E-§07,E-§08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

180095 - 180106 Aiguille histologique utilisée lors d'un examen gastro-entérologique couplé avec une écho-endoscopie et une ponction

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 275,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 275,00*

Conditions de remboursement : *E-§07,E-§08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

180110 - 180121 Ensemble du matériel de consommation, y compris le clip d'hémostase éventuel, utilisé lors de la prestation 473970-473981 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 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 : *E-§11,E-§08*

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

180132 - 180143 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473771 - 473782 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 300,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,00*

Conditions de remboursement : *E-§07,E-§12,E-§08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/11/2016

180154 - 180165 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 472393 - 472404 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 100,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 100,00*

Conditions de remboursement : *E-§08*

Conditions de remboursement

E-§01

Prestations liées

155713	155724

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 155713-155724 ne peut être attestée que maximum trois fois par an.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

E-§02

Prestations liées

156435	156446
157113	157124

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel, avec ou sans matériel implantable, utilisé lors d'une fibroduodénoscopie avec papillotomie ou lors d'une cholangiowirsungographie rétrograde avec extraction de calculs cholédociens, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 156435-156446 et 157113-157124 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

E-§03
Prestations liées

156870 **156881**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors d'une cholécystectomie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Pour la prestation 156870-156881, l'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée que lorsque le nombre de journées d'hospitalisation postopératoire à compter de la date de l'intervention est de quatre maximum.
Aucun montant supplémentaire ne peut être porté en compte au bénéficiaire pour ce matériel quelle que soit la durée du séjour .

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

E-§04
Prestations liées

157511	157522
157533	157544
157555	157566
157570	157581
157592	157603
157614	157625
157636	157640
157651	157662
157673	157684
157695	157706
157710	157721
157732	157743
157754	157765
157776	157780

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 157533-157544, 157555-157566, 157636-157640, 157651-157662, 157511-157522, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765 et 157776-157780 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion pour le sphincter anal artificiel, la graciloplastie dynamique ou la stimulation du nerf sacré :
a) incontinence fécale démontrée sur base d'un agenda (2 épisodes d'incontinence/semaine en moyenne) depuis plus de trois mois (sauf dans le cas de reconstruction périnéale après amputation abdomino-périnéale du rectum)
et
b) pas d'autre possibilité de reconstruction chirurgicale
et
c) effet insuffisant (échec) des traitements médicaux
et
d) effet insuffisant du biofeedback
et
e) pas de prolapsus rectal externe
et
f) pas de maladie intestinale chronique, telle que l'IBD (maladie inflammatoire de l'intestin)
et
g) pas de diarrhée chronique (si la diarrhée est la cause principale de l'incontinence)
et
h) pas de stomie définitive
et
i) pas de contre-indications anatomiques au placement de l'électrode ou
de la prothèse
et
j) pas de diathèse hémorragique
et
k) pas de troubles psychiatriques ou d'handicaps physiques qui pourraient gêner l'utilisation adéquate de l'implant.

2.2. Critères d'exclusion
2.2.1. Contre-indications pour la stimulation du nerf sacré:
a) toute contre-indication à la stimulation du nerf sacré pour cause d'affections urologiques (concomitantes)
ou
b) malformations anorectales congénitales
ou
c) absence d'un sphincter anal externe circulaire intact, après reconstruction chirurgicale préalable ou non (seuls des défects mineurs sont acceptables)

ou
d) durant la grossesse
ou
e) maladie neurologique progressive.

2.2.2. Contre-indications pour le sphincter anal artificiel et la graciloplastie dynamique :
a) durant la grossesse
ou
b) maladie neurologique progressive.

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition
Pas d'application.

3.2. Critères
Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie
Neurostimulateurs non rechargeables :
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 157533-157544, 157555-157566, 157636-157640 et 157651-157662, une garantie (warranty) en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de quinze mois.
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 157533-157544, 157555-157566, 157636-157640 et 157651-157662, une garantie de quinze mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux (end of life).

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les prestations 157533-157544, 157555-157566, 157636-157640, 157651-157662, 157511-157522, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765 et 157776-157780 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs préalablement à l'implantation, sur base du formulaire E-form-I-1.
Pour chaque dossier individuel, le Collège recueille, avant de prendre une décision, l'avis de la Commission.
La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise au Collège des médecins-directeurs par le médecin-spécialiste implanteur sur base du formulaire E-form-I-1 et préalablement à l'implantation.
Cette demande comporte une description du genre, de la marque et du type du dispositif; elle est accompagnée d'un rapport médical circonstancié indiquant que toutes les autres thérapies possibles pour le traitement de l'incontinence fécale (diète, médication, lavements et bio-feedback training, intervention chirurgicale restauratrice...) ont été tentées et ont échoué et mentionnant les résultats de la manométrie ano-rectale, des RX lors de la poussée et de l'écho-endoscopie.
La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement
Les prestations157555-157566, 157651-157662, 157570-157581, 157592-157603, 157673-157684, 157695-157706, 157732-157743 et 157754-157765 ainsi que le remplacement des prestations157511-157522, 157614-157625 et 157776-157780 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification du remplacement au médecin-conseil.
En cas de remplacement d'un neurostimulateur ou d'un sphincter anal artificiel n'ayant pas fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

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

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
La Commission peut, en tout temps, demander à la Section belge de Chirurgie Colorectale de la Société royale belge de Chirurgie une évaluation avec rapport.
La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

7. Divers
Pas d'application

E-§05
Prestations liées

157872 157883

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors d'une hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Pour la prestation 157872-157883, l'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée que lorsque le nombre de journées d'hospitalisation postopératoire à compter de la date de l'intervention est de cinq maximum.
Aucun montant supplémentaire ne peut être porté en compte au bénéficiaire pour ce matériel, quelle que soit la durée du séjour

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

E-§06

Prestations liées

157894	157905
157916	157920
157931	157942
157953	157964
157990	158001
158012	158023

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filets pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale et pour réparation d'une hernie inguinale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 157931-157942, 157953-157964, 157990-158001 et 158012-158023 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1 Définition
Pas d'application

3.2 Critères
Les filets pour la réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale), conçus pour un placement intrapéritonéen et en contact avec un organe et les filets préformés pour la réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou la réparation d'une hernie inguinale ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il existe au moins une étude prospective, randomisée ou non, avec un follow-up d'au moins un an, publiée dans un journal peer-reviewed qui démontre que le filet est au moins équivalent en sécurité et en efficacité au « gold standard » (le taux de récidive après un an étant le paramètre le plus important).
Le "gold standard" pour les réparations d'une hernie ventrale (> 2 cm) ou d'une hernie cicatricielle est la technique de "sublay" avec un filet comme prévu dans les prestations 157894–157905 et 157916-157920. Le "gold standard" pour la réparation d'une hernie inguinale est la technique de Lichtenstein avec un filet comme prévu dans les prestations 157894–157905 et 157916-157920 ou le placement laparoscopique d'un filet comme prévu dans les prestations 157894–157905 et 157916-157920.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Par filet utilisé, une seule des prestations 157894-157905, 157916-157920, 157931-157942, 157953-157964, 157990-158001 ou 158012-158023 peut être attestée.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Les prestations 157894-157905 et 157916-157920 doivent être considérées comme des prestations de base.

E-§07

Prestations liées

180073	180084
180095	180106
180132	180143

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation, avec ou sans matériel implantable, utilisé lors d'une hémostase en urgence pour hémorragie digestive ou pour les prestations relatives au(x) prélèvement(s) à l'aiguille de tissu au travers de la paroi du tube digestif, par écho-endoscopie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 180073-180084, 180095-180106 et 180132-180143 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

E-§08 Prestations liées	
155212	155223
155234	155245
155256	155260
155271	155282
155293	155304
155315	155326
155330	155341
155352	155363
155470	155481
155492	155503
155514	155525
155536	155540
155551	155562
155573	155584
155595	155606
155610	155621
155632	155643
155735	155746
155750	155761
155772	155783
155831	155842
155853	155864
155875	155886
155890	155901
155912	155923
155934	155945
155956	155960
155971	155982
155993	156004
156015	156026
156030	156041
156052	156063
156074	156085
156096	156100
156111	156122
156133	156144
156155	156166
156170	156181
156192	156203
156214	156225
156236	156240

156251	156262
156273	156284
156295	156306
156310	156321
156332	156343
156354	156365
156435	156446
156450	156461
156472	156483
156494	156505
156516	156520
156531	156542
156553	156564
156575	156586
156590	156601
156612	156623
156634	156645
156656	156660
156671	156682
156693	156704
156715	156726
156730	156741
156752	156763
156774	156785
156796	156800
156811	156822
156833	156844
156855	156866
156870	156881
156892	156903
156914	156925
156936	156940
156951	156962
156973	156984
157076	157080
157091	157102
157113	157124
157135	157146
157150	157161
157172	157183
157275	157286
157290	157301
157312	157323

157334	157345
157356	157360
157371	157382
157393	157404
157415	157426
157430	157441
157452	157463
157474	157485
157791	157802
157813	157824
157835	157846
157850	157861
157872	157883
158056	158060
158071	158082
158093	158104
158115	158126
158233	158244
158314	158325
158373	158384
158395	158406
173913	173924
173935	173946
173950	173961
173972	173983
173994	174005
180014	180025
180036	180040
180051	180062
180073	180084
180095	180106
180110	180121
180132	180143
180154	180165

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de consommation pour la réalisation d'une dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant le matériel de consommation pour la réalisation d'une dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui cours du 1er août 2015 au 31 décembre 2019. Pendant cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 172314-172325 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant et qui a conclu la convention E-ACL-001 avec le Comité de l'assurance:

L'établissement hospitalier doit durant la totalité de la durée de la convention répondre aux critères ci-dessous.

2.1. L'établissement hospitalier dispose d'un centre de dialyse agréé par l'autorité compétente ainsi que d'un centre de transplantation agréé comme service médical conformément aux dispositions de l'AR du 23/06/2003 fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux.

L'établissement hospitalier et les médecins ayant adhéré à la convention E-ACL-001 s'engagent à collaborer à l'évaluation visée au point 9.

2.2 Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

Pas d'application

2.3. Accord de coopération

Pas d'application

3. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172314-172325 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants

-

3.1. Critères d'inclusion

Les bénéficiaires sont des adultes ou des enfants atteints de troubles hépatiques sévères compliqués dans l'attente d'une transplantation hépatique et appartenant à une des catégories suivantes :

a) Acute-on-chronic liver failure, définie comme décompensation hépatique clinique récente chez un patient atteint de cirrhose (fondée sur la base d'une biopsie du foie ou indirectement par imagerie et examens cliniques), dans laquelle un facteur déclenchant est identifié (comme une infection, une hémorragie,…) et une cholestase intrahépatique est constatée (bilirubine supérieure ou égale à 12 mg/dL), à l'exception des situations suivantes :

- une infection bactérienne non contrôlée ;

- dans les 48h après une hémorragie gastro-intestinale élevée ;

- une pression artérielle moyenne inférieure à 60mmHg malgré un traitement par vasopresseurs ;

- une thrombocytopénie ≤ 50.000 ;

- une coagulopathie sévère (INR > 2.3)

- un score MELD < 30

b) "*Primary non-function*" après transplantation hépatique.

3.2. Critères d'exclusion

Pas d'application

4. Critères concernant le dispositif

La prestation 172314-172325, ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

Seuls les dispositifs utilisés avec les systèmes MARS et PROMETHEUS peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

4.2. Critères

Pas d'application

4.3. Conditions de garantie

Pas d'application

5. Nombre de dispositifs/bénéficiaires

Le nombre de séances de dialyse hépatique qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire est limité à 100 par an.

Dés que le nombre est dépassé, le Secrétariat en informe la Commission et il est demandé à l'évaluateur de communiquer un rapport intermédiaire.

La Commission informe les établissements hospitaliers et les distributeurs du dispositif concerné et prend les mesures nécessaires.

6. Procédure de demande et formulaires

6.1 Première utilisation

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172314-172325 se déroule comme suit :

La prestation 172314-172325 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance qu'après notification de l'utilisation de ce dispositif au médecin-conseil sur la base du formulaire E-Form-I-02 (parties 1 et 2) qui est transmis par le médecin spécialiste au médecin-conseil.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 3, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Le formulaire dument complété E-Form-I-02, et les formulaires de follow-up E-Form-I-03 doivent également être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

6.2. Remplacement

Pas d'application

6.3 Remplacement anticipé

Pas d'application

6.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

7. Règles d'attestation

7.1 Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172314-172325 ne peut être accordée qu'une seule fois par session de dialyse hépatique.

7.2. Autres règles

La prestation 172314-172325 suit les modalités de remboursement de la catégorie D.

7.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

8. Engagements de l'établissement hospitalier

8.1. L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de tenir à jour consciencieusement les données de suivi des patients traités dans le cadre de cette convention.

La partie 2 du formulaire E-Form-I-02 pour la prestation 172314-172325 est transmise via e-mail après utilisation du dispositif, dans le mois suivant la procédure, par le médecin-spécialiste au secrétaire du Belgian Liver and Intestine Transplantation Committee (BLIC).

Les données de suivi des patients doivent être complétées après 3, 6 et 12 mois après l'intervention au moyen du formulaire E-Form-I-03. Les formulaires sont ensuite transmis par le médecin-spécialiste par e-mail au secrétaire du BLIC.

Le formulaire dument complété E-Form-I-02, et les formulaires de follow-up E-Form-I-03 doivent également être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

8.2. Communication de toute modification

Le pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier porte la responsabilité de communiquer, sans délai, chaque modification au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI et bien entendu à tous ceux qui sont concernés, dont en premier lieu les bénéficiaires.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles et par e-mail à implant@inami.fgov.be

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

9. Analyse

9.1. L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par le "Belgian Liver and Intestine Transplantation Committee (BLIC)",qui a signé la convention. Il apporte un support technique et scientifique et évalue les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

9.2. Le BLIC s'engage à transmettre à la Commission les données annuelles suivantes :

- Les types d'appareils utilisés ;

- Les indications ;

- Le nombre de patients et le nombre de sessions par indication ;

- Le nombre de transplantations ;

- Les complications ;

- Survie à 3 mois et 6 mois – si décès, donner la cause.

9.3. Analyse intermédiaire – Rapport

A la date du 31 décembre 2017, le BLIC doit rédiger un rapport intermédiaire sur base des données collectées et le transmet à la Commission.

Ce rapport intermédiaire comprend au minimum une revue de la littérature scientifique ainsi qu'une comparaison des résultats avec la littérature existante.

Si ce rapport intermédiaire n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

9.4. Analyse – Rapport final

Pour la date 31 décembre 2019, l'évaluateur doit rédiger un rapport final sur la base des données collectées et le transmet à la Commission.

Ce rapport final comprend au minimum les éléments suivants, analysés sur l'ensemble des cinq années :

- Les types d'appareils utilisés ;

- Les indications ;

- Le nombre de patients et le nombre de sessions par indication ;

- Le nombre de transplantations ;

- Les complications ;

- Survie à 3 mois et 6 mois et au terme de la convention – si décès, donner la cause ;

- Une revue de la littérature ;

- Une comparaison des résultats avec la littérature existante ;

- Une proposition de règlement définitif.

Sur la base de la littérature existante, le rapport final devra également répondre aux questions suivantes :

1. Existe-t-il une différence significative entre le nombre de patients survivants et le nombre de décès après 6 mois ? Quelle est la probabilité de survie ?

2. La probabilité de survie est-elle dépendante du système utilisé ? Un des deux systèmes est-il plus efficace que l'autre ?

Il est également demandé de répondre spécifiquement à la première question sur la base des données collectées en Belgique pendant la durée de cette convention.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission. en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Ministre par l'intermédiaire de la Commission.

10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante

La convention entre en vigueur le 1er août 2015 jusqu'au 31 décembre 2019 inclus mais peut toujours être résiliée par l'Inami ou par un établissement hospitalier par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de 3 mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

11. Divers

A la demande de la Commission ou de l'évaluateur, une réunion peut être organisée à tout moment.

E-§10
Prestations liées

172616	172620
172631	172642
172653	172664

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux cathéters pour l'ablation par radiofréquence de dysplasies d'un œsophage de Barrett, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

1.1

L'établissement offre la prise en charge complète de l'œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade et du carcinome superficiel de l'œsophage. L'établissement hospitalier qui effectue le traitement par ablation par radiofréquence pour dysplasie de Barrett, doit également disposer d'expertise en mucosectomie.

L'établissement hospitalier dans lequel l'ablation par radiofréquence est exécutée doit disposer d'une équipe multidisciplinaire constituée d'au moins un gastro-entérologue, d'un chirurgien expérimenté en chirurgie de l'œsophage, d'un radiologue, d'un oncologue et/ou d'un gastro-entérologue ayant une formation spéciale en oncologie et d'un médecin-spécialiste en anatomopathologie; tous pouvant attester avoir acquis de l'expérience dans le diagnostic et/ou le traitement de l'œsophage de Barrett.

Pour acquérir l'expertise initiale, le gastro-entérologue doit avoir réalisé au moins trente mucosectomies par voie endoscopique sous supervision, avoir suivi une formation en ablation par radiofréquence et avoir réalisé au moins vingt ablations par radiofréquence sous supervision.

Afin de maintenir une expertise suffisante, l'établissement hospitalier dans lequel l'ablation par radiofréquence est exécuté, doit exécuter des ablations par radiofréquence chez minimum vingt bénéficiaires par période de trois ans.

L'établissement hospitalier dans lequel l'ablation par radiofréquence est exécutée doit disposer d'un endoscope à haute résolution de dernière génération et d'un appareil destiné aux résections endoscopiques et à l'ablation par radiofréquence de la dysplasie de haut grade et du carcinome superficiel de l'œsophage de Barrett.

L'établissement hospitalier dans lequel l'ablation par radiofréquence est exécutée doit enregistrer de façon prospective via le Registre du Cancer tous les bénéficiaires atteints d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade, en introduisant les données suivantes: indication, stade anatomopathologique, type de traitement, résultat, complications.

Une convention de collaboration peut également être établie entre des services de gastro-entérologie de plusieurs établissements hospitaliers qui ensemble satisfont aux critères. L'ablation par radiofréquence est effectuée dans un établissement de cette association.

1.2. Candidature de l'établissement hospitalier

Chaque établissement hospitalier ou chaque convention de collaboration peut poser sa candidature à tout moment auprès du Service de soins de santé sur base du formulaire E-FORM-II-01 qui certifie que toutes les dispositions susmentionnées ont été

respectées.

Sur la base de ce formulaire, le Comité de l'Assurance sur proposition de la Commission dresse une liste d'établissements hospitaliers et de conventions de collaborations qui ont certifié répondre aux conditions susmentionnées.

L'établissement hospitalier où l'ablation par radiofréquence est exécutée ne satisfait plus aux conditions dès le moment où la composition de l'équipe multidisciplinaire n'est plus respectée. Dès ce constat, l'établissement hospitalier perd le droit de facturer les prestations susmentionnées jusqu'à ce que les conditions soient de nouveau satisfaites. Les modifications à la composition de l'association pendant l'année sont communiquées spontanément au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- Le bénéficiaire souffre d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de type HGIN, suivant la classification de Vienne modifiée.

OU

- Le bénéficiaire souffre d'une muqueuse de Barrett résiduelle dans l'œsophage après traitement par mucosectomie/dissection sous-muqueuse d'un carcinome de type T1 suivant la classification de Vienne modifiée.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 Première implantation

Préalablement à tout nouveau traitement, la Consultation Oncologique Multidisciplinaire décidera de l'indication et des modalités du traitement de chaque bénéficiaire atteint de l'œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade.

Le diagnostic histologique sera établi par deux médecins-spécialistes en anatomopathologie expérimentés, dont un médecin-spécialiste fait partie de l'établissement hospitalier ou de l'association et l'autre étant médecin-spécialiste en anatomopathologie dans un autre établissement hospitalier ou dans un établissement hospitalier d'une autre association.

Les indications, l'évaluation clinique et les résultats de l'examen histologique doivent figurer dans le dossier médical du bénéficiaire.

Avant chaque séance de traitement, il convient d'apporter la preuve qu'il est question d'œsophage de Barrett. Il convient également de documenter l'étendue endoscopique ou histologique du Barrett résiduel en amont de la jonction gastro-oesophagienne. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions susmentionnées doivent être conservés

dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Interventions ultérieures

En cas d'une intervention ultérieure, la procédure décrite au point 4.1 doit être appliquée.

4.3 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Par lésion à traiter, un maximum de cinq prestations pour ablation par radiofréquence peut être remboursé. De ces cinq prestations, la prestation 172616-172620 peut être remboursée au maximum deux fois et les 172631-172642 et 172653-172664 au maximum quatre fois, à répartir entre les deux prestations.

6. Résultats et statistiques

A la demande de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ou du Conseil Technique Médical le Registre du Cancer présentera une analyse des données susmentionnées devant la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs et le Conseil Technique Médical.

7. Divers

Pas d'application

E-§11
Prestations liées

180036	180040
180110	180121

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux excisions d'une tumeur du tube digestif par dissection sous-muqueuse ou par mucosectomie, par endoscopie, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 180110-180121et 180036-180040 ne sont pas cumulables avec 180073-180084, 180095-180106, 173972-173983, 180014-180025, 173994-174005, 180154-180165, 158211-158222, 158233-158244, 158255-158266, 155470-155481, 158270-158281, 157253-157264 et 158351-158362.

5.2. Autres règles

Pas d'application.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

E-§12
Prestations liées

173913	173924
173935	173946
173950	173961
180132	180143

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au examen de l'ileum, section du muscle cricopharyngeus, section de la musculeuse de l'œsophage et du cardia et hémostase du tube digestif, par endoscopie, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 180132-180143 et 173950-173961 ne sont pas cumulable entre elles. Les prestations 180132-180143, 173913-173924 et 173935-173946 ne sont pas cumulables avec 158233-158244, 158292-158303, 156435-153446, 157076-157080 et 157113-157124. La prestation 180132-180143 n'est pas cumulable avec 173913-173924 et la prestation 173950-173961 n'est pas cumulable avec 158233-158244 et 158292-158303

5.2. Autres règles

Pas d'application.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1 Coeur

F.1.1 Stimulation cardiaque

F.1.1.1 Stimulateur cardiaque

F.1.1.1.1 Stimulateur cardiaque

Date dernière modification : 1/10/2015 Date première publication : 1/10/2015

172395 - 172406 Premier stimulateur cardiaque implantable, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34901, 34902, 34903	
Base de remboursement	*€ 3.613,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*	
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*	
				Montant du remboursement	*€ 3.613,00*	

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/10/2015 Date première publication : 1/10/2015

172410 - 172421 Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34901, 34902, 34903	
Base de remboursement	*€ 3.613,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*	
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*	
				Montant du remboursement	*€ 3.613,00*	

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/10/2015 Date première publication : 1/10/2015

172432 - 172443 Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34901, 34902, 34903	
Base de remboursement	*€ 3.613,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*	
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*	
				Montant du remboursement	*€ 3.613,00*	

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/10/2015 Date première publication : 1/10/2015

172454 - 172465 Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé en cas d'une end-of-life

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	34901, 34902, 34903	
Base de remboursement	*€ 3.613,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*	
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*	
				Montant du remboursement	*€ 3.613,00*	

Conditions de remboursement : *F-§01*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.1.1.4 Stimulateur de resynchronisation cardiaque

Date dernière modification : 1/10/2015 Date première publication : 1/07/2014

158594 - 158605 Premier stimulateur de resynchronisation cardiaque, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.404,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/10/2015 Date première publication : 1/07/2014

158616 - 158620 Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.404,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/10/2015 Date première publication : 1/07/2014

158631 - 158642 Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.404,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/10/2015 Date première publication : 1/07/2014

170612 - 170623 Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé en cas de end-of-life

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32301
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 4.404,04*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§01*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.1.2 Electrode

F.1.1.2.1 Electrode non-temporaire

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

158653 - 158664 Electrode endocardiale unipolaire implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 of 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 553,56*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 553,56*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

158675 - 158686 Electrode endocardiale bipolaire implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 553,56*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 553,56*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

158690 - 158701 Electrode myocardiale implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 553,56*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 553,56*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

158712 - 158723 Electrode endocardiale single-pass implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 753,76*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 753,76*

Conditions de remboursement : *F-§01*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

158734 - 158745 Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée endoveineuse

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 753,76*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 753,76*

Conditions de remboursement : *F-§01*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

158756 - 158760 Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée en position épicardiale par voie chirurgicale avec thoracoscopie ou thoracotomie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 250,25*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 250,25*

Conditions de remboursement : *F-§01*

F.1.1.2.2 Electrode temporaire

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

158771 - 158782 Cathéter(s)-électrode(s), intracavitaire(s) ou intra-oesophagien(s), pour entraînement électro-systolique temporaire du coeur

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 63,02*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 63,02*

Conditions de remboursement : *F-§02*

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

158793 - 158804 Cathéter(s)-électrode(s), épicardique(s) pour entraînement électro-systolique temporaire et post-opératoire du coeur

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 22,73*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 22,73*

Conditions de remboursement : *F-§02*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.2 Extraction d'une électrode ou d'un corps étranger libre intracardiaque

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

158815 - 158826 Lasersheath et aiguilles appropriées utilisées lors de la prestation 229655-229666 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 2.066,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.066,32*

Conditions de remboursement : *F-§03*

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

158830 - 158841 Ensemble du matériel nécessaire à l’extraction mécanique chirurgicale d’électrode endoveineuse

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.163,34*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.163,34*

Conditions de remboursement : *F-§03*

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

158852 - 158863 Matériel d'extraction utilisé à l'occasion de la prestation 589433 - 589444 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 309,95*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 309,95*

F.1.3 Examen électrophysiologique et ablation percutanée

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

158874 - 158885 Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589492-589503 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.176,67*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.176,67*

Conditions de remboursement : *F-§04*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

158896 - 158900 Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589514-589525 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.787,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.787,38*

Conditions de remboursement : *F-§04*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

158911 - 158922 Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589536-589540 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 2.126,77*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.126,77*

Conditions de remboursement : *F-§04*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

158933 - 158944 Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589551-589562 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 2.618,65*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.618,65*

Conditions de remboursement : *F-§04*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

158955 - 158966 Cathéter supplémentaire utilisé pour un système de navigation en 3D remplaçant partiellement la fluoroscopie, lors des prestations 589536-589540 et 589551-589562 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 706,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 706,00*

Conditions de remboursement : *F-§04*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.4 Angioplastie coronarienne transluminale percutanée

F.1.4.1 Intervention coronaire percutanée sans placement de stent

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

158970 - 158981 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée sans tuteur à l'occasion de la prestation 589013 - 589024 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 762,99*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 762,99*

Conditions de remboursement : *F-§05*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/04/2015

170656 - 170660 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée sans tuteur avec un ou plusieurs drug eluting ballon(s), à l'occasion de la prestation 589013 - 589024 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 32404

Base de remboursement	*€ 1.308,33*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.308,33*

Conditions de remboursement : *F-§05*

F.1.4.2 Intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs tuteur(s)

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

158992 - 159003 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs stent(s) à l'occasion de la prestation 589013 - 589024 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32401, 32402, 32403

Base de remboursement	*€ 1.408,43*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.408,43*

Conditions de remboursement : *F-§05*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159014 - 159025 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs drug eluting stent(s), en combinaison éventuelle avec un ou plusieurs bare metal stent(s), à l'occasion de la prestation 589013-589024 de la nomenclature pour les indications prévues à la condition de remboursement F-§05

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32401, 32402, 32403

Base de remboursement	*€ 1.792,95*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.792,95*

Conditions de remboursement : *F-§05*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159036 - 159040 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement de deux ou plusieurs stents à l'occasion du traitement d'un multivesseldisease soit lors des prestations 589013-589024 et 589035-589046 de la nomenclature, soit lors de deux prestations 589013-589024 de la nomenclature sur des journées différentes au cours de la même période d'hospitalisation

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32401, 32402, 32403

Base de remboursement	*€ 2.823,86*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.823,86*

Conditions de remboursement : *F-§05*

F.1.5 Revascularisation myocardique

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159051 - 159062 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229574 - 229585 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de l'artère mammaire

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 724,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 181,06*
				Montant du remboursement	*€ 543,18*

Conditions de remboursement : *F-§06,F-§18*

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

159073 - 159084 Ensemble du matériel de consommation et des implants utilisés lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte lors de la prestation 229633-229644 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 309,95*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 309,95*

Conditions de remboursement : *F-§07*

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

159095 - 159106 Système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG, utilisé lors de la prestation 229633-229644 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 206,63*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 206,63*

Conditions de remboursement : *F-§08*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.6 Valve cardiaque

F.1.6.1 Placement d'une valve artificielle

F.1.6.1.1 Valve mécanique

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

159110 - 159121 Valve mécanique: monoleaflet

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32501
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 2.368,46*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

159132 - 159143 Valve mécanique: bileaflet

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32502
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 2.713,76*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

159154 - 159165 Valve mécanique avec greffon

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32503
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 3.082,32*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

F.1.6.1.2 Valve biologique

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

159176 - 159180 Valve porcine

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32504
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 2.616,84*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

159191 - 159202 Valve biologique: péricarde - placée chirurgicalement avec suture

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32505
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 2.781,60*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

159213 - 159224 Valve biologique: sans stent

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32506
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 2.856,73*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

170634 - 170645 Valve biologique: péricarde- placée chirurgicalement sans suture

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32510
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 3.082,32*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

F.1.6.1.3 Biological valved conduits

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

159235 - 159246 Biological valved conduits: greffon synthétique

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32507
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 3.082,32*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

159250 - 159261 Biological valved conduits: greffon biologique

Catégorie de remboursement :	I.A.a			**Liste Nom.**	32508
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 3.062,16*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.6.1.4 Système d'annuloplastie

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

159272 - 159283 Système d'annuloplastie

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32509

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 1.101,91*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§09*

F.1.6.1.5 Stent valvulaire implantable par voie percutanée

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

172955 - 172966 Stent valvulaire percutané implantable avec système de placement en position pulmonaire

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35801

Base de remboursement	*€ 15.980,20*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 15.980,20*

Conditions de remboursement : *F-§24*

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

172970 - 172981 Ensemble des tuteurs couverts ou non et du matériel pour la préparation du placement d'un stent valvulaire percutané implantable placé en position pulmonaire, à l'exclusion du stent valvulaire percutané implantable avec système de placement

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 2.583,62*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.583,62*

Conditions de remboursement : *F-§24*

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

172992 - 173003 Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire, à l'exclusion du stent valvulaire percutané implantable avec système de placement

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 886,90*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 886,90*

Conditions de remboursement : *F-§24*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

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

172734 - 172745 Stent valvulaire percutané implantable en position aortique avec système de placement

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35601

Base de remboursement	*€ 10.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 10.000,00*

Conditions de remboursement : *F-§09*

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

172756 - 172760 Stent valvulaire percutané implantable en position aortique avec système de placement, lorsqu'il n'est pas satisfait aux conditions pour la prestation 172734-172745

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35602

Base de remboursement	*€ 3.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 3.000,00*

Conditions de remboursement : *F-§09*

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

172771 - 172782 Accessoires d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 3.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 3.000,00*

Conditions de remboursement : *F-§09*

F.1.6.2 Dilatation en cas d'une plastie valvulaire endoluminale

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

159294 - 159305 Utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale lors de la prestation 589190 - 589201 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.F.a

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

Conditions de remboursement : *F-§10*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.6.3 Traitement endovasculaire d'une valve

Date dernière modification : 1/03/2016 Date première publication : 1/03/2016

172491 - 172502 Un ou plusieurs implants et accessoires pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales pour les patients présentant une régurgitation symptomatique sévère de la valve mitrale avec un risque chirurgical élevé ou une contre-indication chirurgicale

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35201

Base de remboursement	*€ 12.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 12.000,00*

Conditions de remboursement : *F-§19*

Date dernière modification : 1/03/2016 Date première publication : 1/03/2016

172513 - 172524 172513-172524 Un ou plusieurs implants et accessoires pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales pour les patients présentant une régurgitation symptomatique sévère de la valve mitrale avec un risque chirurgical élevé ou une contre-indication chirurgicale, après le dépassement du nombre annuel des prestations 172491-172502 accordées

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35202

Base de remboursement	*€ 1,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1,00*

Conditions de remboursement : *F-§19*

F.1.7 Assistance cardiaque

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

159316 - 159320 Dispositif d'assistance ventriculaire temporaire utilisant le principe de la contrepulsion aortique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.343,11*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.343,11*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

159331 - 159342 Pièces disposables de pompes utilisées pour soutenir la fonction cardiaque déficiente

Catégorie de remboursement : II.F.a

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

Conditions de remboursement : *F-§11*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

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

172793 - 172804 Matériel d'assistance univentriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35501

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

Prix plafond *€ 25.940,64* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§22*

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

172815 - 172826 Matériel d'assistance biventriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35502

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

Prix plafond *€ 46.572,17* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§22*

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

172830 - 172841 Matériel d'assistance ventriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type implantable

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35503

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

Prix plafond *€ 67.106,57* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§22*

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

172852 - 172863 Renouvellement de l'ensemble du matériel d'assistance univentriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 35501

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

Prix plafond *€ 25.940,64* *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* *€ 0,00*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§22*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

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

172874 - 172885 Renouvellement de l'ensemble du matériel d'assistance biventriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	35502
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 46.572,17*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§22*

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

172896 - 172900 Renouvellement de l'ensemble du matériel d'assistance ventriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type implantable

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	35503
Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 67.106,57*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *F-§22*

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

172911 - Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un « bridge-to-transplant » ou «bridge-to-decision» pour un bénéficiaire ambulatoire durant la première année de son assistance

Catégorie de remboursement :	II.G.a				
Base de remboursement	*€ 967,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 967,00*

Conditions de remboursement : *F-§22*

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

172933 - Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un « bridge-to-transplant » ou «bridge-to-decision» pour un bénéficiaire ambulatoire après la première année de son assistance

Catégorie de remboursement :	II.G.a				
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 : *F-§22*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.8 Substitution du péricarde

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

159353 - 159364 Patch pour une utilisation comme substitut péricardique en chirurgie cardiaque jusqu'au dix-huitième anniversaire et lors de la réintervention après le dix-huitième anniversaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 450,46*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 450,46*

Conditions de remboursement : *F-§12*

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

159375 - 159386 Patch pour une utilisation comme substitut péricardique après le placement de 684714-684725

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 600,61*

Conditions de remboursement : *F-§12*

F.1.9 Fermeture du canal artériel, du foramen oval, du defect du septum auriculaire ou du septum ventriculaire et des autres malformations congénitales ou non-congénitales

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159390 - 159401 Ensemble du matériel implantable utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture de la communication entre l'aorte et les artères pulmonaires ou du canal artériel dont le diamètre est inférieur à 4 mm. Le diamètre du défect doit être mesuré de manière objectivable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 610,62*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 610,62*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159412 - 159423 Ensemble du matériel implantable utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du canal artériel dont le diamètre égale ou excède 4 mm. Le diamètre du défect doit être mesuré de manière objectivable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 2.197,23*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.197,23*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159434 - 159445 Ensemble du matériel implantable, y compris le sizing balloon, utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du défect du septum auriculaire ou du septum ventriculaire, responsable d'un shunt gauche-droit, et démontré par un rapport du débit pulmonaire sur débit systémique qui s'élève au minimum à 1,5

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 4.834,90*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 4.834,90*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159456 - 159460 Ensemble du matériel implantable, y compris le sizing balloon, utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du foramen oval après embolie paradoxale

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 4.834,90*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 4.834,90*

Conditions de remboursement : *F-§14*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

159471 - 159482 Utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion, d'implants et d’accessoires, à l'occasion de la prestation 589455-589466 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.F.a

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

Conditions de remboursement : *F-§13*

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

159493 - 159504 Patch intracavitaire pour le traitement de malformations lors d’une chirurgie cardiaque

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 230,23*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 230,23*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/01/2017 Date première publication : 1/01/2017

180272 - 180283 Un ou plusieurs implants pour la fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire, y compris le système de placement

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	36201
Base de remboursement	*€ 5.300,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5.300,00*

Conditions de remboursement : *F-§23*

Date dernière modification : 1/01/2017 Date première publication : 1/01/2017

180294 - 180305 Un ou plusieurs implants pour la fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire, y compris le système de placement, après le dépassement du nombre annuel des prestations 180272-180283 accordées

Catégorie de remboursement :	I.G.a			**Liste Nom.**	36202
Base de remboursement	*€ 1,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1,00*

Conditions de remboursement : *F-§23*

F.1.10 Moyens diagnostiques en cardiologie

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

159515 - 159526 Cathéter à thermodilution pour mesure manuelle du débit cardiaque, y compris tous les accessoires pour la mesure (comme inline sensor, kit de calibration, co-set)

Catégorie de remboursement :	II.E.a			**Liste Nom.**	32601
Base de remboursement	*€ 106,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 106,42*

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

159530 - 159541 Cathéter à thermodilution pour mesure continue du débit cardiaque, avec mesure éventuelle de la saturation veineuse et/ou du volume télédiastolique, y compris tous les accessoires pour la mesure

Catégorie de remboursement :	II.E.a			**Liste Nom.**	32602
Base de remboursement	*€ 154,97*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 154,97*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159552 - 159563 Ensemble du matériel nécessaire à la mesure d'une fraction flow reserve coronaire au moyen d'une mesure de pression ou de flux

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 350,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 350,24*

Conditions de remboursement : *F-§05*

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

159574 - 159585 Cathéter à biopsie à l'occasion de la prestation 476652 - 476663 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 619,89*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 619,89*

Conditions de remboursement : *F-§15*

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

159596 - 159600 Dispositif pour déterminer le volume désiré du ventricule gauche à l'occasion du remodelage opératif du ventricule gauche lors de la prestation 229014-229025, 229515-229526, 229530-229541, 229574-229585, 229596-229600 ou 229611-229622 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.007,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.007,00*

Date dernière modification : 1/03/2016 Date première publication : 1/03/2016

172572 - 172583 Moniteur cardiaque implantable y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 35401

Base de remboursement	*€ 2.143,01*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.143,01*

Conditions de remboursement : *F-§21*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.11 Autres disposables lors d'une intervention sur le coeur

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

159611 - 159622 Set disposable de cardiotomie avec oxygénateur à membrane pour circulation extracorporelle quel que soit le nombre de composants, à partir du septième anniversaire, par intervention

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 948,44*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 948,44*

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

159633 - 159644 Set disposable de cardiotomie avec oxygénateur à membrane pour circulation extra-corporelle, quel que soit le nombre de composants, jusqu'au septième anniversaire, par intervention

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.250,12*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.250,12*

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

159655 - 159666 Système de stabilisation du tissu myocardique utilisé lors des prestations 229014 - 229025, 229515 - 229526, 229574 - 229585 et 229633 - 229644 de la nomenclature, quel que soit le nombre de composants

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 929,84*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 929,84*

Conditions de remboursement : *F-§06*

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

159670 - 159681 Canule artérielle avec ballon endovasculaire d’occlusion, quel que soit le nombre de composants

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 2.300,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.300,00*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

159692 - 159703 Drainage veineux avec vidage sélectif de l'artère pulmonaire et du sinus coronaire, quel que soit le nombre de composants

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.100,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.100,00*

Date dernière modification : 1/03/2016 Date première publication : 1/03/2016

172594 - 172605 Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.999,80*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.999,80*

Conditions de remboursement : *F-§20*

F.2 Poumon - médiastine - plèvre

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159714 - 159725 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227194 - 227205 de la nomenclature avec section des bronches, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 279,99*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 69,99*
				Montant du remboursement	*€ 210,00*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159736 - 159740 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227570-227581 de la nomenclature par voie endoscopique, lors d'une réduction unilatérale du volume pulmonaire

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 2.051,85*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 512,96*
				Montant du remboursement	*€ 1.538,89*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159751 - 159762 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227570-227581 de la nomenclature, en chirurgie ouverte, lors d'une réduction unilatérale du volume pulmonaire

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 2.051,85*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 512,96*
				Montant du remboursement	*€ 1.538,89*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159773 - 159784 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227334 - 227345 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 117,78*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 29,44*
				Montant du remboursement	*€ 88,34*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159795 - 159806 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227393-227404 de la nomenclature en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 218,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 54,50*
				Montant du remboursement	*€ 163,50*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159810 - 159821 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228115 - 228126 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 617,83*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 154,45*
				Montant du remboursement	*€ 463,38*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159832 - 159843 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228115 - 228126, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 387,43*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 96,85*
				Montant du remboursement	*€ 290,58*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159854 - 159865 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227533 - 227544 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 869,92*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 217,48*
				Montant du remboursement	*€ 652,44*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159876 - 159880 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227216 – 227220, 227253 – 227264, 227275 - 227286 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.800,79*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 450,19*
				Montant du remboursement	*€ 1.350,60*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159891 - 159902 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227216 – 227220, 227253 – 227264, 227275 - 227286 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 1.254,25*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 313,56*
				Montant du remboursement	*€ 940,69*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.3 Poumon et coeur

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159913 - 159924 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable pour le placement d'un système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO) avec une membrane de diffusion, pour ventilation de longue durée et assistance circulatoire quel que soit la voie d'accès, jusqu'au deuxième anniversaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.446,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.446,42*

Conditions de remboursement : *F-§16*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159935 - 159946 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable pour le placement d'un système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO) avec une membrane de diffusion, pour ventilation de longue durée et assistance circulatoire quel que soit la voie d'accès, à partir du deuxième anniversaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.033,16*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.033,16*

Conditions de remboursement : *F-§16*

F.4 Sein et ganglions lymphatiques

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159950 - 159961 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227592-227603 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159972 - 159983 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227614-227625 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

159994 - 160005 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227636-227640 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160016 - 160020 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227651-227662 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160031 - 160042 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227673-227684 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160053 - 160064 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227695-227706 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160075 - 160086 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227710-227721 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 163,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 40,81*
				Montant du remboursement	*€ 122,43*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160090 - 160101 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227732-227743 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 95,05*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 23,76*
				Montant du remboursement	*€ 71,29*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160112 - 160123 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227754-227765 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 95,05*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 23,76*
				Montant du remboursement	*€ 71,29*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160134 - 160145 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227776-227780 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160156 - 160160 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227791-227802 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160171 - 160182 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227813-227824 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 163,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 40,81*
				Montant du remboursement	*€ 122,43*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160193 - 160204 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227835-227846 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160215 - 160226 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227850-227861 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 95,05*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 23,76*
				Montant du remboursement	*€ 71,29*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160230 - 160241 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227872-227883 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 95,05*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 23,76*
				Montant du remboursement	*€ 71,29*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160252 - 160263 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227894-227905 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 105,38*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 26,34*
				Montant du remboursement	*€ 79,04*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160274 - 160285 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 226936-226940 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 163,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 163,24*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160296 - 160300 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 226914-226925 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 163,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 163,24*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.5 Thorax et paroi thoracique: divers

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160311 - 160322 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227452 - 227463 de la nomenclature sans section des bronches, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 314,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 78,52*
				Montant du remboursement	*€ 235,56*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160333 - 160344 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227452 - 227463 de la nomenclature sans section des bronches, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 314,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 78,52*
				Montant du remboursement	*€ 235,56*

Conditions de remboursement : *F-§18*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160355 - 160366 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228196 - 228200 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 335,78*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 83,94*
				Montant du remboursement	*€ 251,84*

Conditions de remboursement : *F-§18*

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

160370 - 160381 Système disposable de drainage thoracique (péricarde, plèvre, médiastin) au moins par triple chambre, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 56,82*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 56,82*

Conditions de remboursement : *F-§17*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

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

160392 - 160403 Plaque(s) d'ostéosynthèse anatomique(s) pour sternum ou côte utilisée(s) après une chirurgie cardiothoracique

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 726,74*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 726,74*

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

160414 - 160425 Patch pour réparation d'un défaut de la paroi thoracique sans contact avec l'organe

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 150,15*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 150,15*

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

160436 - 160440 Patch pour réparation d'un défaut de la paroi thoracique et conçu pour le placement intrathoracique en contact avec l'organe et/ou pour réparation du diaphragme à l'exception d'une hernie hiatale

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 750,76*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 750,76*

F.6 Divers

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160451 - 160462 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257235 - 257246 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 543,44*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 135,86*
				Montant du remboursement	*€ 407,58*

Conditions de remboursement : *F-§18*

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

160473 - 160484 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257235 - 257246 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 122,95*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 30,73*
				Montant du remboursement	*€ 92,22*

Conditions de remboursement : *F-§18*

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

160495 - 160506 Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 75,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,08*

Conditions de remboursement

F-§01

Prestations liées

158594	158605
158616	158620
158631	158642
158653	158664
158675	158686
158690	158701
158712	158723
158734	158745
158756	158760
170612	170623
172395	172406
172410	172421
172432	172443
172454	172465

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158734-158745 et 158756-158760 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

1.1. Pour les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723:
L'établissement hospitalier dispose d'un service de diagnostic et de traitement médical et d'un service de chirurgie, respectivement agréés comme tels par l'autorité qui a la Santé publique dans ses attributions et dispose également d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » P.
1.2. Pour les prestations 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158734-158745 et 158756-158760:
L'établissement hospitalier dispose d'un service de diagnostic et de traitement médical et d'un service de chirurgie, respectivement agréés comme tels par l'autorité qui a la Santé publique dans ses attributions et dispose également d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » E.
1.3. Pour toutes les prestations:
Chaque établissement hospitalier communique, sur base du formulaire F-form-II-1, auprès du Service de soins de santé :

- le nom du médecin spécialiste en cardiologie qui a été désigné comme responsable pour le programme de soins P (et son remplaçant en cas d'absence) quand l'établissement hospitalier ne dispose que d'un agrément pour le programme de soins P.
- le nom du médecin spécialiste en cardiologie (électrophysiologue) qui a été désigné comme responsable pour le programme de soins E (et son remplaçant en cas d'absence) quand l'établissement hospitalier dispose également d'un agrément pour le programme de soins E.

Par établissement hospitalier, seul un médecin spécialiste en cardiologie peut être désigné comme responsable pour le programme de soins P ou E agréé. Si l'établissement hospitalier dispose des deux programmes de soins, le médecin-spécialiste responsable pour le programme de soins E, est aussi le responsable pour le programme de soins P.
Le responsable pour le programme de soins P est le coresponsable pour la pose d'indication pour toutes les implantations des stimulateurs cardiaques effectuées dans l'établissement hospitalier.
Le responsable pour le programme de soins E est le coresponsable pour la pose d'indication pour toutes les implantations des stimulateurs de resynchronisation cardiaque effectuées dans l'établissement hospitalier.
L'établissement hospitalier s'engage à faire collaborer ses médecins qui prescrivent des stimulateurs cardiaques et/ou stimulateurs de resynchronisation cardiaque à un examen intercollégial des indications et de leur incidence et des implants utilisés.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 et 170612-170623 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition
Pas d'application

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465 le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- cinq ans de garantie au prorata pour les appareils implantés jusqu'au 1er décembre 2010.
- six ans de garantie pour les appareils implantés à partir du 1er décembre 2010 jusqu'au 30 septembre 2015 inclus: quatre ans de garantie totale à 100 % suivies de deux ans de garantie au prorata des deux dernières années.
- huit ans de garantie pour les appareils implantés à partir du 1er octobre 2015 : six ans de garantie totale à 100 % suivis de deux ans de garantie au prorata des deux dernières années.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 et 170612-170623 le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- cinq ans de garantie au prorata pour les appareils implantés avant le 1er décembre 2010.>
- > six ans de garantie pour les appareils implantés à partir du 1er décembre 2010 jusqu'au 31 octobre 2012 inclus : quatre ans de garantie totale à 100 % suivis de deux ans de garantie au prorata des deux dernières années.
- > quatre ans de garantie pour les appareils implantés à partir du 1er novembre 2012 jusqu'au 30 septembre 2015 inclus : trois ans de garantie totale à 100 % suivis d'un an de garantie au prorata de cette dernière année.
- > six ans de garantie pour les appareils implantés à partir du 1er octobre 2015 : quatre ans de garantie totale à 100 % suivis de deux ans de garantie au prorata des deux dernières années.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les prestations 172395-172406, 158594-158605, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158734-158745 et 158756-158760 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que sur base d'une prescription médicale détaillée et motivée quant au choix du type de stimulateur cardiaque ou de stimulateur de resynchronisation cardiaque.

Pour l'implantation d'un stimulateur cardiaque dans un établissement hospitalier ne disposant pas d'un agrément pour le programme de soins E, la pose d'indication et le choix du type de stimulateur cardiaque se font par un électrophysiologue d'un établissement hospitalier disposant de cet agrément via un avis contraignant par écrit sur base de l'ECG et dudossier du patient, hormis pour les indications suivantes:
1° le bloc atrioventriculaire total symptomatique ;
2° l'affection du noeud sinusal et/ou la fibrillation auriculaire avec arrêts de plus de 4 secondes accompagnés de syncopes et/ou la bradycardie à un rythme inférieur à 30 battements par minute.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement ait été complété et confirmé par deux médecins spécialistes en cardiologie, endéans les nonante jours après implantation, via l'application en ligne.

Les deux médecins sont liés au service de cardiologie de l'établissement hospitalier concerné et l'un des deux doit être le cardiologue responsable pour le programme de soins (ou son remplaçant en cas d'absence). le formulaire d'enregistrement F-Form-I-01 sert également de prescription médicale.

Les modalités d'enregistrement et de validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à la Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) et à la Commission , sont établies par la BeHRA, la Commission et le Service des Soins de Santé.

Une copie de l'électrocardiogramme qui justifie l'indication pour la première implantation d'un stimulateur cardiaque ainsi que l'avis contraignant par écrit et la pose d'indication, telle que prévue à l'alinéa 2, par un électrophysiologue d'un établissement hospitalier disposant d'un agrément pour le programme de soins E est conservée dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
Pour les prestations 172410-172421,158616-158620, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158734-158745 et 158756-158760, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

En cas de remplacement d'un stimulateur cardiaque après cinq ans pour les stimulateurs implantés avant le 1er décembre 2010, six ans pour les stimulateurs implantés à partir du 1er décembre 2010 jusqu'au 30 septembre 2015 inclus et huit ans pour les stimulateurs implantés à partir du 1er octobre 2015, ainsi qu'en cas de remplacement d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque implanté après cinq ans pour les stimulateurs implantés avant le 1er décembre 2010, six ans pour les stimulateurs implantés à partir du 1er décembre 2010 jusqu'au 31 octobre 2012 inclus, quatre ans pour les stimulateurs implantés à partir du 1er novembre 2012 jusqu'au 30 septembre 2015 inclus et six ans pour les stimulateurs implantés à partir du 1er octobre 2015, la prescription doit mentionner la raison du remplacement.

Les données sur l'état de la batterie au moment de la décision du remplacement du stimulateur cardiaque implanté après cinq ans pour les stimulateurs implantés avant le 1er décembre 2010, six ans pour les stimulateurs implantés à partir du 1er décembre 2010 jusqu'au 30 septembre 2015 inclus et huit ans pour les stimulateurs implantés à partir du 1er octobre 2015, et après cinq ans pour les stimulateurs de resynchronisation cardiaque implantés avant le 1er décembre 2010, six ans pour les stimulateurs de resynchronisation cardiaque implantés à partir du 1er décembre 2010 jusqu'au 31 octobre 2012 inclus, quatre ans pour les stimulateurs de resynchronisation cardiaque implantés à partir du 1er novembre 2012 jusqu'au 30 septembre 2015 inclus et six ans pour les stimulateurs de resynchronisation cardiaque implantés à partir du 1er octobre 2015 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3. Remplacement prématuré
Par dérogation aux dispositions du point 5.1., un renouvellement prématuré de l'intervention de l'assurance obligatoire pour un stimulateur cardiaque ou un stimulateur de resynchronisation cardiaque (prestation 172432-172443, 172454-172465, 158631-158642, 170612-170623) peut être accordé sur la base du formulaire d'enregistrement dûment complété dans l'application en ligne endéans les nonante jours après implantation, selon les modalités mentionnées au point 4.1, et d'un rapport médical circonstancié mentionnant l'indication absolue pour un remplacement prématuré (end-of-life ou raisons liées au patient). Une copie de ces documents est conservée dans le dossier médical du bénéficiaire.

Pendant la période de garantie et en cas de dysfonctionnement qui n'est pas lié à la pathologie du bénéficiaire ou à l'évolution de sa situation médicale, le médecin explanteur est obligé de retourner le stimulateur cardiaque ou stimulateur de resynchronisation cardiaque au distributeur pour analyse de l'appareil et ce dans un délai d'un mois après l'explantation. Le distributeur est alors obligé d'appliquer les conditions de garantie et de fournir une note de crédit, quel que soit le distributeur qui fournit le stimulateur cardiaque ou le stimulateur de resynchronisation cardiaque remplaçant.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 172410-172421 et 158616-158620 ne peuvent être accordées que cinq ans après l'implantation d'un premier stimulateur cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque de remplacement implanté avant le 1er décembre 2010 ou six ans après l'implantation d'un premier stimulateur cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque de remplacement implanté à partir du 1er décembre 2010 jusqu'au 30 septembre 2015 inclus ou huit ans après l'implantation d'un premier stimulateur cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque de remplacement implanté à partir du 1er octobre 2015, et cinq ans après l'implantation d'un premier stimulateur de resynchronisation cardiaque ou d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement implanté avant le 1er décembre 2010 ou six ans après l'implantation d'un premier stimulateur de resynchronisation cardiaque ou d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement implanté à partir du 1er décembre 2010 jusqu'au 31 octobre 2012 inclus ou quatre ans après l'implantation d'un premier stimulateur de resynchronisation cardiaque ou d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement implanté à partir du 1er novembre 2012 jusqu'au 30 septembre 2015 inclus ou six ans après l'implantation d'un premier stimulateur de resynchronisation cardiaque ou d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement implanté à partir du 1er octobre 2015.

5.2. Autres règles
Les prestations 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701 et 158712-158723 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire lorsqu'elles ne sont pas attestées en même temps que les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623 à condition que l'électrode attestée soit connectée à un stimulateur déjà placé de manière à obtenir un appareil fonctionnel.

Les prestations 158734-158745 et 158756-158760 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire si elles ne sont pas attestées simultanément aux prestations 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623 à condition que l'électrode attestée soit connectée à un stimulateur déjà placé de manière à obtenir ainsi un appareil fonctionnel.

Les prestations pour les électrodes 158734-158745 et 158756-158760 peuvent également faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire si les électrodes sont connectées sur un stimulateur repris sur la liste nominative et attesté sous une des prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443 ou 172454-172465 de manière à obtenir ainsi un appareil fonctionnel.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques

La BeHRA fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission. Une analyse peer reviewed, sur base des données collectées peut, de plus, être demandée par la Commission.

Le Service fournit annuellement à la Commission un aperçu des données enregistrées des implantations qui ont été exécutées dans un établissement hospitalier qui ne dispose pas d'un agrément pour le programme de soins E et pour lesquelles l'avis contraignant a été donné par un électrophysiologue d'un établissement de soins qui dispose d'un agrément pour le programme de soins E. Cet aperçu comprend au moins le nom de l'établissement hospitalier implanteur, le nom de l'établissement hospitalier où la pose d'indication a eu lieu ainsi que celui de l'électrophysiologue qui a donné un avis contraignant par écrit.

7. Divers
Pas d'application

F-§02
Prestations liées

158771	**158782**
158793	**158804**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux cathéter(s)-électrode (s) pour entraînement électro-systolique temporaire du cœur, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 158771-158782 et 158793-158804 ne peuvent être attestées qu'une fois par intervention. L'intervention de l'assurance obligatoire pour ces prestations vaut pour une même période continue d'entraînement électro-systolique du cœur.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§03

Prestations liées

158815	**158826**
158830	**158841**

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 158830-158841 ne peut pas être cumulée avec la prestation 158815-158826 .

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§04

Prestations liées

158874	158885
158896	158900
158911	158922
158933	158944
158955	158966

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble des cathéters et accessoires utilisés pour des examens électrophysiologiques et ablation percutanée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944 et 158955-158966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:
L'établissement hospitalier dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme de soins "pathologie cardiaque" E.
Pour la prestation 158933-158944, l'établissement hospitalier dispose également du programme partiel B3 du programme de soins "pathologie cardiaque" B.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première utilisation
Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944 et 158955-158966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après que le formulaire d'enregistrement F-form-I-02 ait été transmis par le médecin-spécialiste à la "Belgian Heart Rythm Association" (BeHRA) pour peer-review. Les modalités selon lesquelles ces données sont transmises à la BeHRA sont établies par la BeHRA, la Commission et le Service des Soins de Santé.
Les documents qui démontrent la nature de l'ablation, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

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

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4 Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922 et 158933-158944 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
La BeHRA fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission. Une analyse peer reviewed, sur base des données collectées peut, de plus, être demandée par la Commission.

7. Divers
Les prestations tiennent compte de la réutilisation des cathéters en conformité avec les guidelines de Good Clinical Practice, établies et communiquées par la BeHRA à la Commission.

F-§05
Prestations liées

158970	158981
158992	159003
159014	159025
159036	159040
159552	159563
170656	170660

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:
Les prestations doivent être effectuées dans une institution de soins qui dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour les programmes partiels B1 et B2 du programme de soins "pathologie cardiaque".
L'établissement hospitalier doit se faire connaître auprès du Service des Soins de Santé sur base du formulaire F-Form-II-02.
Chaque établissement hospitalier communique également via ce formulaire le nom du médecin spécialiste en cardiologie qui a été désigné comme responsable pour la cardiologie interventionnelle (et son remplaçant en cas d'absence). Par établissement hospitalier, un seul médecin spécialiste en cardiologie peut être désigné comme responsable pour la cardiologie interventionnelle.

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 159014-159025 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:
- diabétique
ou
- instent-resténose
ou
- lésion d'une longueur supérieure à 25 mm
ou
- vaisseau sanguin d'un diamètre inférieur à 2,75 mm.

La prestation 159036-159040 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si au minimum deux vaisseaux sanguins sont traités durant une seule et même hospitalisation; à savoir : l'artère coronaire droite (segments d'artère coronaire n° 1 à 4 inclus) et/ou le tronc principal (segment d'artère coronaire n° 5) et/ou l'artère coronaire gauche (segments d'artère coronaires n° 6 à 10 inclus) et/ou l'artère circonflexe (segments d'artère coronaire n° 11 à 15 inclus) et/ou greffe de la veine saphène ou greffes artérielles (mammaria).

La prestation 170656-170660 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'en cas de instent-resténose.

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040 et 170656-170660 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition
Pas d'application.

3.2. Critères
3.2.1. Un drug eluting stent non-résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :
- soit être approuvé par la FDA (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative).
- soit disposer d'une étude randomisée publiée démontrant la non infériorité ou supériorité par rapport à un DES inscrit sur la liste nominative et ayant démontré son efficacité par plusieurs études multicentriques internationales. Les références de ces études multicentriques doivent être fournies dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative. De plus, cette étude doit montrer un total MACE inférieur ou égale à 15% à douze mois et une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois
- soit disposer d'une étude clinique publiée dans une revue «peer reviewed» avec minimum cent patients suivis à douze mois démontrant un total MACE inférieur ou égale à 15% à douze mois ainsi qu'une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois
- soit disposer d'une stricte équivalence avec un tuteur inscrit sur la liste nominative, démontrée par un organisme notifié ("notified body") européen.

- soit disposer d'une déclaration par un organisme notifié («notified body») européen que du point de vue clinique le risque – bénéfice démontré est positif

3.2.2. Un drug eluting stent résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :
- pour une inscription temporaire (pour une période maximum de cinq ans) : satisfaire aux critères tels que décrits pour le drug eluting stent non-résorbable tels que visés au point 3.2.1..
- pour une inscription définitive : une étude clinique publiée dans une revue «peer reviewed» avec minimum cent patients et un follow-up de cinq ans démontrant une mortalité cardiaque <5% à soixante mois, un total MACE <= 15% à soixante mois ainsi qu'une thrombose du stent ≤ 3,2% à soixante mois, est nécessaire

3.2.3. Un drug eluting ballon ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :
- soit être approuvé par la FDA via un "premarket approval" (PMA) (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative).
- soit le distributeur doit présenter un des éléménts suivants:
a) une étude randomisée publiée avec une puissance statistique déterminée a priori d'au moins 80% démontrant la non infériorité par rapport à un drug-eluting stent ou drug-eluting ballon inscrit sur la liste nominative. Cette non infériorité doit être démontrée pour un paramètre avec une pertinence clinique, ou un paramètre de substitution accepté en général, et dans la population cible avec restenose « in-stent ». De plus, cette étude doit démontrer un total MACE inférieur ou égal à 20% à douze mois et une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois
b) Un registre dont les résultats sont publiés dans une revue «peer reviewed» reconnue internationalement avec un follow-up de douze mois et minimum 100 patients dans la population cible avec restenose « in-stent » et démontrant un total MACE <= 20% à douze mois ainsi qu'une thrombose du stent ≤ 2% à douze mois.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-03 ait été complété et confirmé par le cardiologue responsable pour la cardiologie interventionnelle (ou son remplaçant en cas d'absence) dans 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 « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », et à la Commission, sont établies par le « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », la Commission et le Service des soins de santé.

Pour la prestation 159552-159563, le formulaire d'enregistrement F-Form-I-03 n'est pas exigé.

4.2. Remplacement
En cas de réintervention, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Par séjour, seule une des prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 et 170656-170660 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

5.2. Autres règles
Le Service des soins de santé suit rigoureusement les nombres d'interventions, en particulier le nombre de cas de réintervention et l'enregistrement des données follow-up.

Une réintervention planifiée est justifiée en cas d'intervention primaire en cas d'infarctus aigue, insuffisance rénale (créatinine > 2 mg %), utilisation de contraste > 400 ml.

En ce qui concerne le pourcentage de réintervention admissible, les critères suivants sont tenus en compte (le suivi se fait par établissement hospitalier) :
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 5 % un mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 7 % deux mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 8 % trois mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 9 % quatre mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 10 % six mois après l'intervention originale est admissible.

La vérification des pourcentages prévus se fait sur une période d'un an et est réalisé au premier jour ouvrable du mois.

Ce suivi est répété trimestriellement. Pour chaque suivi, la date de début pour déterminer l'an/mois ainsi que la date à laquelle le calcul sera effectué, sont différées de trois mois.

Lorsque le Service constate qu'un établissement hospitalier dépasse le pourcentage de réintervention admissible prévu, l'établissement hospitalier en est informé. Il est demandé de fournir une explication au Service concernant le dépassement du pourcentage de réintervention admissible, et ceci à l'intention de la Commission et du Comité d'assurance.

Le Comité d'assurance peut décider sur base de cette explication et de l'avis de la Commission que, pour cet établissement hospitalier, le matériel utilisé lors d'une réintervention n'entre plus en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire des soins de santé. L'établissement hospitalier et le pharmacien hospitalier en sont informés.

A partir de ce moment, il n'y aura plus de remboursement pour le matériel utilisé lors d'une réintervention, jusqu'au moment où l'établissement hospitalier ne dépasse plus le pourcentage. L'établissement hospitalier en informe le Service. Le Service vérifie si le centre ne dépasse plus le pourcentage de réintervention admissible. Si l'établissement hospitalier ne dépasse plus le pourcentage de réintervention admissible, l'établissement hospitalier peut de nouveau entrer en ligne de compte pour un remboursement du matériel utilisé lors d'une réintervention.

Le Comité d'assurance en est informé.

En ce qui concerne la registration des données de follow-up, le pourcentage suivant est tenu en compte (le suivi se fait par établissement hospitalier) :
- un pourcentage jusqu'à 20 % des patients manquants quatorze mois après l'intervention originale est admissible

Si un établissement hospitalier dépasse le pourcentage prévu de 20 % des patients manquants, le Service peut demander au centre de fournir une explication concernant le dépassement du pourcentage de "données de follow-up manquantes", et ceci à l'intention de la Commission et du Comité d'assurance.

La prestation 159552-159563 ne peut être attestée qu'une seule fois par séjour.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Le "Belgian Working Group on Interventional Cardiology" fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission. Une analyse peer reviewed, sur base des données collectées peut, de plus, être demandé par la Commission.

7. Divers
Pas d'application.

F-§06
Prestations liées

159051	159062
159655	159666

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relative au système de stabilisation du tissu myocardique il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 159655-159666 n'est pas cumulable avec les prestations 159611-159622, 159633-159644 et 159331-159342 . Selon le matériel utilisé, les prestations 159655-159666, 161770-161781 et 159051-159062 peuvent être cumulées. La prestation 161770-161781 ne peut être attestée que si, en plus des greffes artérielles (a. mamaria), des greffes veineuses (v. saphène) sont également utilisées.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§07
Prestations liées

159073 159084

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'ensemble du matériel de consommation et des implants utilisés lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 159073-159084 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159611-159622, 159633-159644, 159331-159342 et 159095-159106.

5.2. Autres règles
La prestation 159073-159084 ne peut être attestée qu'une fois par intervention

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§08
Prestations liées

159095 159106

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 159095-159106 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159611-159622, 159633-159644, 159331-159342 et 159073-159084

5.2. Autres règles
La prestation 159095-159106 ne peut être attestée qu'une fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§09
Prestations liées

159110	159121
159132	159143
159154	159165
159176	159180
159191	159202
159213	159224
159235	159246
159250	159261
159272	159283
170634	170645
172734	172745
172756	172760
172771	172782

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux Stent valvulaire implantable par voie percutanée en position aortique, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 172771-172782 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. Autant un établissement hospitalier qui répond à tous les critères repris ci-dessous qu'un réseau d'établissements hospitaliers qui ensemble répondent à tous les critères ci-dessous peuvent adhérer à la convention.

1.2. L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente

Chaque établissement hospitalier dans le réseau dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente

1.3. Les prestations 172734-172745 et 172771-172782 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier ou réseau qui répond aux critères suivants:

a) L'établissement hospitalier ou le réseau a une expérience dans le domaine du traitement de la pathologie valvulaire, démontrée par un minimum annuel de 96 interventions par an, effectuées dans le réseau, nombre calculé comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2 pour les prestations suivantes de la nomenclature:

- 229596-229600 N2100 : Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle ;

- 229515-229526 N2700 : Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte le placement de plus d'une valve artificielle ou d'une homogreffe valvulaire, ou d'une valve artificielle associée à une revascularisation

myocardique, avec circulation extracorporelle.

Pour le réseau, le nombre minimum d'interventions par an est déterminé comme la somme des interventions de tous les établissements hospitaliers du réseau.

b) Un établissement hospitalier ne peut faire partie que d'un seul réseau.

c) L'établissement hospitalier désigne un des membres de son établissement repris dans le formulaire F-form-II-05 comme coordinateur. Le coordinateur représente l'établissement hospitalier vis-à-vis des autres parties, plus spécifiquement la Commission, le Service et les organismes assureurs, et est la personne désignée pour veiller au respect des modalités d'exécution.

Le réseau désigne un des membres du réseau repris dans le formulaire F-form-II-05 comme coordinateur du réseau. Le coordinateur du réseau représente le réseau vis-à-vis des autres parties, plus spécifiquement la Commission, le Service et les organismes assureurs, et est la personne désignée pour veiller au respect des modalités d'exécution.

d) En se basant sur les compétences et les expertises déjà présentes, le réseau désigne une localisation où la pose d'indication pour l'implantation d'un stent valvulaire percutané en position aortique et l'intervention sont effectuées.

e) L'établissement hospitalier dans lequel l'intervention a lieu, dispose d'un échographe 3D et d'un échographe transœsophagien. Une permanence de 24h/24h et de 7j/7j, sur le site où l'intervention a lieu, d'au moins un chirurgien cardiaque d'une grande expérience dans la chirurgie valvulaire classique est garantie respectivement par les membres de l'établissement hospitalier ou les membres du réseau.

1.4. La concertation multidisciplinaire concernant la pose d'indication et l'intervention pour un bénéficiaire spécifique se déroule au sein de l'établissement hospitalier ou de la localisation définie et visée au point 1.3., d), par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des six ou sept médecins-spécialistes suivants :

- 1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque qui effectueront l'intervention.

et

- 1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque supplémentaires. Dans le cas d'un réseau, ceux-ci viennent d'un autre établissement hospitalier que celui des médecins qui effectueront l'intervention.

et

- 1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transœsophagienne.

et

- 1 cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque.

et

- 1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus.

1.5. L'établissement hospitalier ou le réseau peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-05 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers et réseaux qui peuvent attester la prestation 172734-172745.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit annuellement de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier ou le réseau déclare ne plus satisfaire aux critères, que la composition du réseau a changé, 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 ou le réseau ne satisfait plus aux critères requis.

Chaque établissement hospitalier ou réseau adhérent signale annuellement au Service les modifications aux données reprises dans le formulaire F-Form-II-05 avant le 1er novembre. Ces modifications sont effectives seulement à partir du 1er janvier de l'année suivante.

Au cours de l'année, les modifications des données reprises dans le formulaire F-Form-II-05 qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 1.3. sont communiquées spontanément par le coordinateur ou le coordinateur du réseau Service.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172734-172745 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond simultanément aux critères suivants:

1) Symptomatique du fait d'une sténose sévère de la valve aortique, comme défini par les directives ESC les plus récentes;

2) Risque opératoire élevé ou patient ne pouvant pas entrer en ligne de compte pour une opération, tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte de tous les éléments du dossier médical;

3) Faisabilité technique d'une implantation percutanée d'une valve aortique;

4) Une estimation de l'espérance de vie générale suffisante après l'intervention au moyen du dispositif.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172734-172745 et 172756-172760 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif qui répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Pas d'application.

3.2. Critères

3.2.1. Un stent valvulaire percutané implantable en position aortique y compris le système de placement ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA ;

- soit

  - avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec un suivi de 12 mois minimum qu'il n'est pas moins efficace qu'une intervention chirurgicale,

  et

  - avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum ;

- soit

  - avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif n'est pas moins efficace qu' un dispositif qui se trouve déjà sur la liste nominative,

  - avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum.

- soit

  - avoir démontré dans une ou plusieurs études cliniques prospectives à un seul bras avec un suivi de 12 mois minimum et 200 patients au minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles (« best clinical practice »).

  - avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum.

3.2.2. Un stent valvulaire percutané implantable en position aortique qui est, selon le demandeur, une modification légère (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative et du même fabricant ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si la Commission juge qu'il s'agit d'une version légèrement modifiée sur base des éléments suivants :

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

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

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

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

4.1.1. Les prestations 159110-159121, 159132-159143, 159154-159165, 159176-159180, 159191-159202, 170634-170645, 159213-159224, 159235-159246, 159250-159261 et 159272-159283 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation d'une valve cardiaque auprès du médecin-conseil sur base du formulaire F-Form-I-4.

4.1.2. La prestation 172734-172745 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service dans les soixante jours après l'implantation. Cette demande est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-08, entièrement complété et signé par un membre de l'équipe multidisciplinaire de l'établissement hospitalier implanteur. Le numéro d'ordre est communiqué simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au coordinateur (du réseau).

Le bénéficiaire qui entre en ligne de compte pour une implantation est sélectionné au préalable par une équipe multidisciplinaire composée comme décrit au point 1.4.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que les caractéristiques cliniques, l'historique du patient pertinente et comorbidités doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172734-172745 ne peut être attestée que si le nombre annuel de prestations pour l'établissement hospitalier ou le réseau n'est pas encore dépassé (voir point 5.2.1.).

4.2. Remplacement

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour le remplacement après 12 mois ou plus avec un stent valvulaire percutané implantable en position aortique suit la procédure décrite au point 4.1.

4.3. Remplacement anticipé

Pas d'application

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172734-172745 et 172756-172760 ne sont pas cumulables avec la prestation 159294-159305.

La prestation 172771-172782 peut être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 172734-172745 ou 172756-172760.

5.2. Autres règles

5.2.1. Nombre annuel de prestations 172734-172745 par établissement hospitalier ou réseau

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 172734-172745 est limité à 500 par an.

Le nombre de bénéficiaires pour lesquels un établissement hospitalier ou un réseau, mentionnés sur la liste telle qu'établie au point 1.5, peut obtenir une intervention pour la prestation 172734-172745 est déterminé par une répartition proportionnelle entre les établissements hospitaliers et les réseaux et calculé sur la base du nombre total de prestations remboursées 229596-229600 et 2295515-229526, selon le mode de calcul suivant :

1. Pour l'année calendrier x, le nombre total de prestations 229596-229600 et 2295515-229526 est comptabilisé pour les années x-4 à x-2 au niveau national. Ce nombre est T dans la formule reprise au point 4.

2. Pour l'année calendrier x, pour chaque établissement hospitalier ou réseau adhérent, le nombre total de prestations 229596-229600 et 2295515-229526 est comptabilisé pour les années x-4 à x-2. Ce nombre est A dans la formule reprise au point 4.

3. Le nombre de bénéficiaires annuel au niveau national est fixé à 500. Ce nombre est Nt dans la formule reprise au point 4.

4. Le nombre de bénéficiaires pour lesquels l'établissement hospitalier ou le réseau adhérent peut obtenir une intervention pour la prestation 172734-172745 par année calendrier, est calculé sur le nombre total de prestations du réseau selon la formule suivante:

Nt* A/(T)

5. Le nombre obtenu est arrondi à la hausse ou à la baisse au nombre rond le plus proche.

6. Si le nombre obtenu est inférieurs à 10, le nombre de bénéficiaires sera alors mis à zéro

7. Si le nombre obtenu est égale ou supérieur à 10, le nombre de bénéficiaires pour lesquels, pour l' année calendrier x, une intervention pour la prestation 172734-172745 peut être obtenue sera alors égal au nombre obtenu.

5.2.2. Dès que le nombre d'interventions dans l'établissement hospitalier ou le réseau dépasse le nombre annuel d'interventions autorisé, la prestation 172756-172760 doit être attestée pour chaque intervention supplémentaire.

Lorsque le Service constate que le nombre d'interventions dans l'établissement hospitalier adhérent ou dans le réseau adhérent atteint le nombre d'interventions annuel attribué, il en informe l'organisme assureur.

5.2.3. Les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 172771-172782 peuvent être attestées une seule fois par hospitalisation quel que soit le nombre de dispositifs médicaux utilisés ou placés.

5.2.4. Les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 172771-172782 peuvent être attestées une seule fois pour un bénéficiaire dans une période de 12 mois.

5.2.5. Si l'intervention a été effectuée dans un établissement hospitalier qui ne satisfait pas aux conditions sous le point 1., la prestations 172756-172760 doit être attestées.

5.2.6. Mesures transitoires

Pour l'année de l'entrée en vigueur selon les règles suivantes :

- Les établissements hospitaliers et les réseaux peuvent soumettre leur candidature comme stipulé en point 1.5 jusqu'à 01/08/2016.

- Le nombre d'interventions pour la prestation 172734-172745 sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Chaque établissement hospitalier ou réseau adhérant signale annuellement, avant le 1er novembre, au Service le nombre de prestations 172734-172745, 172756-172760 et 172771-172782 qu'ils ont attestées les 12 derniers mois.

La Commission peut, en tout temps, demander à la « Belgian Working Group Interventional Cardiology » et la « Belgian Association of Cardio-thoracic Surgeons » une évaluation avec rapport. La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

7. Divers

Pas d'application.

F-§10
Prestations liées

159294 159305

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au(x) cathéter(s) de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale, il doit être satisfait à la condition suivante :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première utilisation
La prestation 159294-159305 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite par le médecin spécialiste implanteur accompagnée d'un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste qui a effectué la prestation 589190-589201 de la nomenclature et d'un relevé détaillé du (des) cathéter(s) utilisé(s) (type et prix).

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

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§11
Prestations liées

159331 159342

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux pièces disposables de pompes utilisées pour soutenir la fonction cardiaque déficiente il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 159331-159342 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :
en cas de choc cardiogénique isolé aigu, résistant à une thérapie conservatrice maximale et au ballon de contrepulsion intra-aortique et/ou après cardiotomie avec impossibilité de déconnecter le bénéficiaire d'une pompe de circulation extracorporelle.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 159331-159342 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite par le médecin spécialiste implanteur accompagnée d'un rapport médical circonstancié précisant la nature, le type, le nombre et le prix (copie de la facture d'achat) du matériel disposable utilisé.

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

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 159331-159342 n'est pas cumulable avec les prestations 159655-159666, 159073-159084 et 159095-159106.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§12
Prestations liées

159353	159364
159375	159386

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 159353-159364 et 159375-159386 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition
Les prestations 159353-159364 et 159375-159386 sont destinées à la protection des structures lors d'une resternotomie ou à la prévention d'une herniation du cœur.

3.2. Critères
Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application

F-§13

Prestations liées

159471	**159482**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion, d'implants et d'accessoires, à l'occasion de la prestation 589455-589466 de la nomenclature, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:
l'établissement hospitalier dispose d'un programme de soins "pathologie cardiaque" C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) tel que fixé par l'autorité ayant la Santé publique dans ses attributions.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition
Dans le libellé de la prestation 159471-159482, on entend par "accessoires": les fils de guidage, la gaine d'introduction et le dispositif de gonflage.

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite après implantation par le médecin spécialiste.
La demande comporte un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste qui a réalisé la prestation 589455-589466 de la nomenclature, ainsi que le F-form-I-05, étayé par les factures du distributeur.
Pour chaque dossier individuel, le Collège recueille, avant de prendre une décision, l'avis de la Commission.
La décision du Collège des médecins directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste.

4..2. Remplacement
Pas d'obligation administrative

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 159471-159482 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159390-159401, 159412-159423, 159434-159445 et 159456-159460 .

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§14
Prestations liées

159456 159460

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel pour la fermeture du foramen oval, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 159456-159460 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation de ces dispositifs auprès du médecin-conseil.
Cette notification contient un rapport médical circonstancié qui décrit clairement qu'il s'agit d'un foramen oval avec shunt droit-gauche démontré par imagerie et d'un accident vasculaire cérébral démontré par imagerie cérébrale, celle-ci n'étant cependant pas exigée en cas d'accident de décompression.
Ce rapport médical circonstancié tient lieu d'attestation médicale et doit être signé par un médecin spécialiste en cardiologie ou en pédiatrie, et contresigné par un médecin spécialiste en neurologie et un chirurgien cardiaque qui confirment ainsi l'indication.

4.2. Remplacement
Pas d'obligation administrative.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application

F-§15
Prestations liées

159574 159585

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au cathéter à biopsie utilisés lors d'un cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse il doit être satisfait à la condition suivante :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
La prestation 159574-159585 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :
Il dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme de soins "pathologie cardiaque" T.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§16
Prestations liées

159913	**159924**
159935	**159946**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'application administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 159913-159924 et 159935-159946 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séjour.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§17
Prestations liées

160370 160381

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au système disposable de drainage thoracique et au set disposable de cardiotomie avec oxygénateur à membrane pour circulation extra-corporelle, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 160370-160381 peut être cumulée avec les prestations 159611-159622 et 159633-159644.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

F-§18 Prestations liées	
159051	159062
159714	159725
159736	159740
159751	159762
159773	159784
159795	159806
159810	159821
159832	159843
159854	159865
159876	159880
159891	159902
159950	159961
159972	159983
159994	160005
160016	160020
160031	160042
160053	160064
160075	160086
160090	160101
160112	160123
160134	160145
160156	160160
160171	160182
160193	160204
160215	160226
160230	160241
160252	160263
160274	160285
160296	160300
160311	160322
160333	160344
160355	160366
160451	160462
160473	160484

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs pour le rétablissement percutané de la coaptation des valves mitrales en vue du traitement de la régurgitation de la valve mitrale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant les dispositifs pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales en vue du traitement de la régurgitation de la valve mitrale dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court du 01/03/2016 au 31/12/2020 inclus. Pendant cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans le réseau qui répond aux critères suivants et qui a conclu la convention F-ACL-001 avec le Comité de l'assurance.

Le réseau doit, durant la totalité de la durée de la convention, répondre aux critères ci-dessous.

2.1 Critères pour le réseau et ses établissements hospitaliers

2.1.1.

a) Le réseau est constitué de minimum 3 établissements hospitaliers. Chaque établissement hospitalier faisant partie du réseau, dispose d'un agrément complet pour le programme de soins «pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente.

b) Le réseau a une expérience dans le domaine du traitement de la pathologie valvulaire, démontrée par un minimum de 600 interventions par an, effectuées dans le réseau, nombre calculé comme étant la moyenne pour les années 2012-2013-2014 pour les prestations suivantes de la nomenclature:

229596-229600 N2100 : Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle

229515-229526 N2700 : Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte le placement de plus d'une valve artificielle ou d'une homogreffe valvulaire, ou d'une valve artificielle associée à une revascularisation myocardique, avec circulation extracorporelle.

Le nombre minimum d'interventions par an est déterminé comme la somme des interventions de tous les établissements

hospitaliers du réseau.

c) Un établissement hospitalier ne peut faire partie que d'un seul réseau ;

d) Le réseau désigne un des membres du réseau repris dans le formulaire F-form-II-03 comme coordinateur du réseau. Le coordinateur du réseau représente le réseau vis-à-vis des autres parties, plus spécifiquement la Commission, le Service et les organismes assureurs, et est la personne désignée pour veiller au respect des modalités d'exécution comme déterminées aux points 6 (procédure de demande) et 9 (évaluation).

En se basant sur les compétences et les expertises déjà présentes, le réseau désigne une localisation où la pose d'indication pour l'implantation du dispositif pour le rétablissement percutané de coaptation des feuillets des valves mitrales et l'intervention sont effectuées. Cet établissement hospitalier dispose d'un échographe 3D et d'un échographe transœsophagien. Une permanence de 24h/24h et de 7j/7j d'au moins un chirurgien cardiaque d'une grande expérience dans la chirurgie valvulaire classique est garantie par les membres du réseau sur le site où l'intervention a lieu.

e) Le réseau et les médecins ayant adhéré à la convention F-ACL-001 s'engagent à collaborer à l'évaluation visée au point 9.

2.1.2 La concertation multidisciplinaire concernant la pose d'indication ainsi que l'intervention pour un bénéficiaire spécifique se déroule au sein de la localisation définie et visée au point 2.1.1, d), par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des six ou sept médecins-spécialistes suivants:

1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque qui effectueront l'intervention

et

1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque supplémentaires d'un autre établissement hospitalier du réseau que celui des médecins qui effectueront l'intervention

et

1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transœsophagienne

et

1 cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque

et

1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus.

2.2 Formulaire de candidature du réseau

2.2.1. Le réseau qui répond aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé jusqu'au 01/03/2016 inclus sur base du formulaire F-Form-II-03

3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

1) Régurgitation symptomatique sévère de la valve mitrale, malgré un traitement optimal contre l'insuffisance cardiaque, comme défini par les directives ESC les plus récentes ;

2) Un score NYHA cardial de 3 ou 4 ;

3) Risque d'opération élevé tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte au minimum de l'âge, de la fonction ventriculaire gauche, de la pression pulmonaire, des comorbidités, de la fragilité, des antécédents de rayonnements au niveau du tronc et de chirurgie cardiaque, et des contre-indications techniques/anatomiques à la chirurgie;

4) Faisabilité technique évaluée au moyen de l'échographie transoesophagienne;

5) Une estimation de l'espérance de vie générale d'un an minimum après l'intervention au moyen du dispositif.

4. Critères concernant le dispositif

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

Pas d'application

4.2. Critères

4.2.1. Un dispositif pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

• soit être approuvé par la FDA avec une PMA;

• soit

avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum et un suivi de 12 mois minimum qu'il n'est pas moins efficace qu'une intervention chirurgicale,

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum;

•soit

avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum, un suivi de 12 mois minimum et dans un groupe d'étude de patients présentant un risque élevé de chirurgie, qu'il n'est pas moins efficace que les dispositifs qui se trouvent déjà sur la liste nominative,

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum.

4.2.2. Un dispositif pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales qui est, selon le demandeur, une modification légère (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si la Commission juge qu'il s'agit d'une version légèrement modifiée sur base des éléments suivants :

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

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

4.2.3. Un dispositif pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales qui est une modification (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative et qui ne peut pas être considéré comme une modification légère comme stipulé en 4.2.2. ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

• soit être approuvé par la FDA avec une PMA;

• soit disposer d'un rapport d'étude et/ou d'une étude clinique qui démontre une sécurité et une efficacité du système modifié comparables à un dispositif figurant sur la liste nominative, pour minimum 50 patients présentant un risque élevé de chirurgie et suivis pendant 30 jours minimum.

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

4.3. Conditions de garantie

Pas d'application

5. Nombre de bénéficiaires

5.1 Nombre de bénéficiaires annuels au niveau national

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 172491-172502 est limité à 92, 140, 155, 175 et 200, pour les années 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020 de l'application clinique limitée.

5.2. Nombre de bénéficiaires annuels par réseau adhérent

La répartition entre les réseaux adhérents du nombre de bénéficiaires pour lesquels une intervention peut être accordée pour la prestation 172491-172502 est calculée lors de l'entrée en vigueur de la convention et s'applique aux 2016 et 2017.

La répartition entre les réseaux adhérents du nombre de bénéficiaires pour lesquels une intervention peut être obtenue pour la prestation 172491-172502 sera redéfinie par le Service en novembre 2017 et s'appliquera aux 2018, 2019 et 2020.

Le nombre de bénéficiaires, pour lesquels un réseau peut obtenir une intervention pour la prestation 172491-172502 pour 2016 et 2017 est déterminé par une répartition proportionnelle entre les réseaux et calculé sur la base du nombre total de prestations remboursées 229596-229600 et 229515-229526, selon le mode de calcul suivant :

1. Pour les années 2016 et 2017, pour tous les établissements hospitaliers adhérés, le nombre total de prestations 229596-229600 et 229515-229526 est comptabilisé pour les années 2012, 2013 et 2014. Ce nombre est T dans la formule reprise au point 4.

2. Pour les années 2016 et 2017, pour chaque réseau adhérent, le nombre total de prestations 229596-229600 et 229515-229526 est comptabilisé pour les années 2012, 2013 et 2014, pour tous les établissements hospitaliers du réseau. Ce nombre

est A dans la formule reprise au point 4.

3. Le nombre de bénéficiaires annuels au niveau national, pour les années 2016 et 2017 est fixé au point 5.1. Ce nombre est Nt dans la formule reprise au point 4.

4. Le nombre de bénéficiaires pour lesquels le réseau adhérent peut obtenir une intervention pour la prestation 172491-172502 par année, est calculé sur base du nombre total de prestations du réseau selon la formule suivante :

Nt * (A/T)

Le nombre de bénéficiaires, pour lesquels un réseau peut obtenir une intervention pour la prestation 172491-172502 pour 2018, 2019 et 2020 est déterminé par une répartition proportionnelle entre les réseaux et calculé sur la base du nombre total de prestations remboursées 229596-229600 et 229515-229526, selon le mode de calcul suivant :

1. Pour les années 2018, 2019 et 2020, pour tous les établissements hospitaliers adhérés, le nombre total de prestations 229596-229600 et 229515-229526 est comptabilisé pour les années 2014, 2015 et 2016. Ce nombre est T dans la formule reprise au point 4.

2. Pour les années 2018, 2019 et 2020, pour chaque réseau adhérent, le nombre total de prestations 229596-229600 et 229515-229526 est comptabilisé pour les années 2014, 2015 et 2016, pour tous les établissements hospitaliers du réseau.Ce nombre est A dans la formule reprise au point 4.

3. Le nombre de bénéficiaires annuels au niveau national, pour les années 2018, 2019 et 2020 est fixé au point 5.1. Ce nombre est Nt dans la formule reprise au point 4.

4. Le nombre de bénéficiaires pour lesquels le réseau adhérent peut obtenir une intervention pour la prestation 172491-172502 par année, est calculé sur base du nombre total de prestations du réseau selon la formule suivante :

Nt * (A/T)

Le chiffre obtenu est arrondi à la hausse ou à la baisse au chiffre rond le plus proche.

Dès que le nombre d'interventions réseau adhérent dépasse le nombre annuel d'interventions accordées, la prestation 172513-172524 doit être attestée pour chaque intervention additionnelle.

Si le Service constate que le nombre d'interventions au réseau adhérent a atteint le nombre annuel d'interventions accordées, il en informe les organismes assureurs.

6. Procédure de demande et formulaires

6.1 Première implantation

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service et au médecin conseil dans les trente jours après l'implantation. Cette notification est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-06, entièrement complété et signé par un membre de l'équipe multidisciplinaire. Le numéro d'ordre est communiqué simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au coordinateur du réseau.

Le bénéficiaire qui entre en ligne de compte pour une implantation est sélectionné au préalable par une équipe multidisciplinaire composée comme décrit au point 2.1.2.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 3, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que les caractéristiques de référence et les données de suivi visées au point 8.1 doivent être conservés

dans le dossier médical du bénéficiaire.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172491-172502 ne peut être attestée que si le nombre annuel de prestations pour le réseau n'est pas encore dépassé (voir point 5).

6.2. Remplacement

Pas d'application

6.3. Remplacement anticipé

Pas d'application

6.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

7. Règles d'attestation

7.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

7.2. Autres règles

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 suivent les modalités de remboursement de la catégorie E.

La prestation 172491-172502 ne peut être attestée qu'une seule fois dans une période de 12 mois.

Si le réseau adhérent dépasse le nombre d'interventions accordées annuellement pour la prestation 172491-172502, la prestation 172513-172524 doit être attestée.

En adhérant à la convention, le réseau s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coûts du dispositif lors de l'implantation d'un dispositif de coaptation des valves mitrales autre que ceux mentionnés dans la liste nominative.

En adhérant à la convention le réseau s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coût du dispositif lors de l'implantation chez un bénéficiaire qui ne satisfait pas aux critères d'inclusion repris au point 3.

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent être attestées que par l'établissement hospitalier visé en 2.1.1 au sein duquel la prestation est effectuée.

Dès l'instant où il est constaté qu'un réseau ne satisfait plus aux conditions visées au point 2.1., celui-ci perd le droit d'attester la prestation 172491-172502 pour les prestations effectuées pendant les trois mois qui suivent la date de la notification de cet

avertissement. Durant cette période, le réseau peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne sont plus remboursées jusqu'au moment où le réseau satisfait à nouveau aux critères et en a informé le Service des Soins de Santé. Lorsque le réseau est à nouveau en ordre, la prestation 172491-172502 peut être attestée pour les interventions effectuées pendant la période de suspension, même si les 30 jours visés au point 6.1 sont dépassés.

Si un réseau n'a pas complété le taux minimum requis pour son suivi dans les trois mois après qu'il en ait été informé par le Service, ce dernier le signale au Comité de l'assurance, qui peut alors décider du retrait de l'adhésion à la convention.

7.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

8. Engagements de l 'établissement hospitalier ou du réseau adhérent

8.1. Le réseau qui adhère à la convention est tenu de conserver scrupuleusement les caractéristiques de référence (baseline) et les données relatives au suivi des bénéficiaires dans le cadre de la présente convention et ce, tant à leur sortie d'hôpital que 6, 12, 24, 36, 48 et 60 mois après l'implantation.

Ces données doivent être inscrites dans le registre qui est établi et géré par le BWGIC / la BACTS. Les paramètres à enregistrer sont définis par le BWGIC / la BACTS, étant entendu qu'ils doivent permettre de faire une évaluation en vue de répondre aux questions de recherche définies au point 1 de la présente convention et de rédiger le rapport final comme fixé au point 9.3. Cet enregistrement doit toujours contenir au minimum les critères qui ont conduit à opter pour le traitement endovasculaire.

Le BWGIC / la BACTS, en concertation avec les réseaux adhérents, transmettront pour validation à la Commission ,au début de la présente convention, la liste des paramètres à enregistrer. La Commission peut ajouter les paramètres qu'elle juge nécessaires pour l'évaluation finale.

Les réseaux adhérents doivent aussi enregistrer les implantations des dispositifs qui ne sont pas repris sur la liste nominative ou les autre implantations pour lesquelles aucun remboursement n'a été demandé, afin d'élaborer une analyse de la totalité du groupe cible dans le rapport final (point 9.3).

Les données de suivi des patients doivent être inscrites au registre dans les 2 mois après le moment prévu et doivent toujours figurer dans le dossier médical du bénéficiaire.

Un décès, une nouvelle hospitalisation pour des raisons cardiaques ou des complications dues au dispositif et survenant en dehors des moments de suivi prévus doivent également être repris dans ce registre et dans le dossier médical.

Lorsque la Commission constate dans le rapport intermédiaire que, pour un un réseau adhérent, plus de 20% des suivis sont manquants ou incomplets, le remboursement du dispositif est suspendu pour ce réseau jusqu'à ce que les suivis manquants soient complétés ou la raison de leur défaut soit motivée.

Lorsque le réseau a complété les données de suivi faisant défaut, celui-ci en informe le Service. La suspension de l'intervention est levée lorsque les données de follow-up sont correctement complétées.

Après en avoir été averti par le Service, lorsqu'un réseau n'atteint pas, endéans les trois mois, le pourcentage minimum exigé pour le suivi, le Service le signale à la Commission et au Comité de l'Assurance, qui peuvent alors décider du retrait de l'adhésion à la convention.

8.2. Communication de toute modification

Chaque réseau adhérent signale annuellement au Service les modifications aux données reprises dans le formulaire de candidature.

Pendant tout la durée de la convention, les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 2 sont communiquées spontanément par le coordinateur du réseau au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrière email à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles et par e-mail à implant@inami.fgov.be.

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour ce réseau.

9. Analyse

9.1. L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la Commission Peer Review installée par le BWIGC/ la BACTS en concertation avec les réseaux adhérents, et les organismes assureurs qui ont signé la convention. Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif selon des critères précis.

9.2. Analyse intermédiaire – Rapport

La Commission peer-review présente chaque année, avant le 1er juillet, un rapport écrit intermédiaire à la Commission, basé sur les données collectées.

Le rapport comprend au minimum les données suivantes:

1) Le nombre de patients traités sous les prestations 172491-172502 et 172513-172524 par réseau;

2) La proportion entre les nombres de functional mitral regurgitations (FMR) et de degenerative mitral regurgitations (DMR);

3) La moyenne, la médiane et la distribution (éventuellement par boxplots ou par d'autres présentations graphiques) des paramètres suivants pour les patients déjà traités;

•Âge

•STS ou Euroscore ;

4) Nombre de décès ou d'effets indésirables graves;

5) Pourcentage de suivis faisant défaut 2 mois après les moments de suivi prévus, par réseau;

6) Nombre d'implantations registrés pour lesquelles aucun remboursement n'a été demandé .

Si ce rapport intermédiaire n'est pas communiqué à la date précitée, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut décider d'arrêter le remboursement du dispositif.

9.3. Analyse – Rapport final

Au plus tard le 1/07/2020, la Commission de peer-review doit rédiger un rapport final sur la base des données collectées et le

communiquer à la Commission.

Le rapport final doit répondre aux questions suivantes:

1. Peut-on définir des indications spécifiques concernant l'utilisation de ce dispositif, qui peuvent être reprises dans les modalités de remboursement du règlement définitif?

2.En se basant sur ces indications, combien d'implantations seront remboursables annuellement?

3.Quel est le rapport coût-efficacité de ce dispositif par rapport aux alternatives thérapeutiques?

Ce rapport final doit contenir au moins les éléments suivants :

1) Une revue systématique de la littérature au sujet du traitement endovasculaire de la régurgitation de la valve mitrale, accompagné d'une discussion des publications identifiées et des différents dispositifs médicaux, en particulier une discussion des études cliniques. Cette revue systématique de la littérature doit être actuelle jusqu'à 4 mois avant la date de remise du rapport final ;

2) Une analyse de la population de patients inscrits dans le registre, portant au moins sur:

a.La distinction entre la régurgitation mitrale fonctionnelle et dégénérative ;

b.Les caractéristiques de référence;

c.Un récapitulatif des critères qui ont mené à la décision de traitement endovasculaire plutôt qu' au traitement par chirurgie ouverte ou à un traitement médical;

d.Les correspondances et les différences entre les réseaux dans la sélection des patients;

e.Une discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec ceux de la littérature (études cliniques et registres).

3) Une analyse des données de suivi collectées. Cela comporte au minimum :

a. Les décès avec leurs causes ;

b. L'apparition de divers effets secondaires majeurs ;

c. Les courbes de Kaplan-Meier pour les décès et les effets secondaires majeurs ;

d. Le changement au niveau de la moyenne de la régurgitation mitrale moyenne et du score NYHA au fil des années ;

e. Les différences éventuelles entre la FMR et la DMR ;

f. Un examen de cette analyse y compris une comparaison de ces résultats avec ceux de la littérature (études cliniques et registres).

4)Une analyse rétrospective des frais médicaux directs pendant un an avant l'implantation, pour l'implantation elle-même (consultation, tests diagnostiques et évaluation avant implantation, l'implantation et l'hospitalisation) et pour chaque année complète suivant l'implantation. Les frais suivants sont analysés :

a. le nombre, la durée et le coût des hospitalisations, liées à l'insuffisance cardiaque. Les examens techniques relatifs au diagnostic ou au traitement sont inclus ;

b. Le nombre de visites aux urgences et leur coût ;

c. Le nombre de visites chez le médecin généraliste ou le cardiologue et leur coût ;

d. Le nombre, la dose et le coût des

spécialités pharmaceutiques ;

e. Un examen de cette analyse.

5) Une proposition détaillée relative aux indications et contre-indications pouvant être inscrites dans les conditions de remboursement. Chacune des indications proposées doit être motivée sur la base de l'étude de la littérature ou des résultats obtenus sous cette convention.

6) Un examen de la plus-value thérapeutique, l'intérêt dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux et la proportion entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique (efficience), de sorte que la Commission puisse proposer une réglementation définitive motivée au Ministre.

Les organismes assureurs fourniront les données demandées sous le point 4 afin que la Commission peer- review puisse effectuer l'analyse des coûts.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Ministre par l'intermédiaire de la Commission.

10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante

La convention entre en vigueur le 1/03/2016 et est valable jusqu'au 31/12/2020 inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ouun réseau adhérent par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle expire dès que le réseau adhérent ne répond plus aux dispositions de cette convention.

11. Divers

A la demande de la Commission ou de l'une des parties de la convention, une réunion avec le Bureau de la Commission, la BACTS et le BWGIC peut être organisée à tout moment.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à la sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 172594-172605 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

La prestation doit être effectuée dans un établissement de soins qui dispose de l'agrément complet pour le programme de soins "Pathologie cardiaque" B, accordé par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172594-172605 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant:

2.1. Critères d'inclusion

Le bénéficiaire subit un traitement chirurgical concomitant d'une fibrillation auriculaire documentée en combinaison avec une chirurgie cardiaque avec un des numéros de nomenclature suivants :

229014-229025: Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extra-corporelle

229515-229526: Opération sur le coeur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte le placement de plus d'une valve artificielle ou d'une homogreffe valvulaire, ou d'une valve artificielle associée à une revascularisation myocardique, avec circulation extracorporelle

229574-229585: Revascularisation myocardique par anastomose à l'aide de l'artère mammaire interne, utilisant les deux artères mammaires ou l'implantation d'une artère mammaire sous forme de pontages séquentiels

229596-229600: Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle

229611-229622: Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiplooique ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s)

229633-229644: Revascularisation myocardique à cœur battant effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiplooique ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s)

2.2. Critères d'exclusion

- le bénéficiaire souffre d'une fibrillation auriculaire permanente d'une durée supérieure à 5 ans

- diamètre de l'oreillette gauche du bénéficiaire est de plus de 65mm sur l'échocardiogramme lors de la mesure de la coupe parasternale grand axe

- le bénéficiaire a subi une ablation percutanée pour fibrillation auriculaire durant la même hospitalisation (prestation : 589551-589562)

3. Critères concernant le dispositif

Pas d’application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première intervention

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux dispositions du point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Interventions ultérieures

Pas d’application

4.3 Dérogation à la procédure

Pas d’application

5. Règles d’attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 172594-172605 n’est pas cumulable avec les prestations 158874-158885, 158955-158966 et 158933-158944.

5.2. Autres règles

La prestation 172594-172605 ne peut être remboursée qu’une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire et ne peut pas être attestée lorsqu’un seul pen pour ablation linéaire est utilisé.

La prestation 172594-172605 ne peut être attestée que lorsque le sonde à usage unique e été utilisée lors d’ une des prestations de la nomenclature suivantes

229014-229025: Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extra-corporelle

229515-229526: Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte le placement de plus d'une valve artificielle ou d'une homogreffe valvulaire, ou d'une valve artificielle associée à une revascularisation myocardique,

avec circulation extracorporelle

229574-229585: Revascularisation myocardique par anastomose à l'aide de l'artère mammaire interne, utilisant les deux artères mammaires ou l'implantation d'une artère mammaire sous forme de pontages séquentiels

229596-229600: Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle

229611-229622: Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiplooique ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s)

229633-229644: Revascularisation myocardique à cœur battant effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiplooique ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s)

5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au moniteur cardiaque implantable et accessoires, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 172572-172583 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

La prestation doit être effectuée dans un établissement de soins qui dispose de l'agrément pour le programme de soins "Pathologie cardiaque E" accordé par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172572-172583 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- Le bénéficiaire souffre de syncopes récidivantes de nature indéterminée malgré un bilan non invasif exhaustif, et il existe un risque de récidive endéans la durée théorique de vie du dispositif.

ou

- Le bénéficiaire souffre de syncope, même isolée, et il existe des facteurs de gravité potentiels tels que mentionnés dans les recommandations internationales et après bilan non invasif et éventuellement invasif exhaustif.

ou

- Le bénéficiaire souffre d'AVC/AIT cryptogénique pour lequel une démarche diagnostique complète, comprenant au minimum un enregistrement continu de l'activité électrique cardiaque durant une semaine n'a pas pu démontrer la cause de l'AVC/AIT, et la mise en évidence d'une fibrillation auriculaire aurait pour conséquence l'instauration d'une anticoagulation orale.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172572-172583, ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Pas d'application

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 172572-172583, le dispositif doit posséder des algorithmes de détection de la fibrillation auriculaire.

3.3. Conditions de garantie

Pour pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 172572-172583, une garantie de deux ans (warranty) doit être fournie en cas de défaut du dispositif.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 Première implantation

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux dispositions du point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

Pas d'application

4.3 Remplacement anticipé

Pas d'application

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 172572-172583 ne peut être remboursée qu'une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire.

5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

F-§22
Prestations liées

172793	172804
172815	172826
172830	172841
172852	172863
172874	172885
172896	172900
172911	
172933	

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au matériel d'assistance ventriculaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. But de la convention

La présente convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant le matériel d'assistance ventriculaire dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court du 1er août 2016 au 31 décembre 2017 inclus. Pendant cette période, le matériel d'assistance ventriculaire sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885, 172896-172900, 172911 et 172933 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 et qui a conclu la convention F-ACL-002 avec le Comité de l'assurance:

L'établissement hospitalier doit durant la totalité de la durée de la convention répondre aux critères ci-dessous.

2.1

Les prestations doivent être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins "pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et pulmonaire) " accordé par l'autorité compétente.

Le suivi (follow-up) des bénéficiaires dont le fonctionnement de l'appareil est contrôlé, doit se faire dans ces établissements hospitaliers.

L'établissement hospitalier et les médecins-spécialistes ayant adhéré à la convention F-ACL-002 s'engagent à collaborer à l'évaluation visée au point 9.

2.2 Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

2.2.1. L'établissement hospitalier qui répond aux critères repris au point 2.1 doit se faire connaître auprès du Service des Soins de santé jusqu'au 1er août 2016 sur la base du formulaire F-Form-II-04.

2.3. Accord de coopération

Pas d'application

3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885, 172896-172900, 172911 et 172933 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivantes:

3.1. Critères d'inclusion

Bridge to transplant (BTT):

- bénéficiaire avec une insuffisance cardiaque aigüe ou chronique nonobstant toutes les options thérapeutiques possibles, dont la vie est menacée et qui entre en ligne de compte pour une transplantation cardiaque pour autant que son état et les chances de succès de l'intervention justifient l'utilisation d'un dispositif d'assistance ventriculaire pour franchir la période d'attente entre l'indication et la disponibilité d'un cœur approprié à transplanter.

ET

- le bénéficiaire répond aux critères pour une transplantation et se trouve sur la liste d'attente pour une transplantation cardiaque au moment de l'implantation.

OU

Bridge to decision (BTD):

- bénéficiaire avec une situation aigüe d'insuffisance cardiaque isolée réfractaire et une instabilité hémodynamique qui, malgré toutes les options thérapeutiques possibles, met en danger de mort.

ET

- Le bénéficiaire présente au moment du placement du dispositif une contre-indication relative et provisoire pour une transplantation cardiaque et ne peut pas à ce moment-là être repris comme récepteur actif sur la liste d'attente pour un organe de donneur. On considère cependant que le soutien mécanique résoudra ou améliorera la/les contre-indication(s) et que le bénéficiaire sera finalement transplantable.

ET

- le bénéficiaire est plus jeune que 65 ans.

3.2. Critères d'exclusion

Destination therapy (DT):

bénéficiaire avec une assistance ventriculaire comme option thérapeutique définitive intentionnelle.

4. Critères concernant le dispositif

Les prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885, 172896-172900, 172911 et 172933 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

Pas d'application.

4.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 et 172896-172900 le dispositif doit répondre au critère suivant :

Efficacité démontrée, après évaluation par la Commission, par une série d'au moins 40 bénéficiaires avec signalement de la survie jusque transplantation et/ou survie d'au moins 180 jours.

4.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885, 172896-172900, 172911 et 172933, une garantie (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de douze mois.

5. Nombre de dispositifs

Le nombre annuel de dispositifs pour lesquels une intervention de l'assurance obligatoire peut être octroyée est limité à 50 par an, en ce compris les éventuels remplacements pour thrombose de pompe ou pour d'autres raisons liées au patient, si ceux-ci se produisent après les 6 premiers mois qui suivent l'implantation, ou pour un défaut du dispositif, si cela se produit après une période de12 mois après implantation.

Le nombre d'appareils qui est placé pour les bénéficiaires dans le groupe «bridge-to-decision » ne peut plus représenter que 50% du total d'appareils qui est remboursé.

Au début de chaque trimestre (1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre), les nombres sont vérifiés par le service.

Si les 50% sont dépassés pour le groupe « bridge to decision », tous les établissements de soins en seront informés et il n'y aura plus de remboursement pour les dispositifs pour ce groupe de bénéficiaires durant un trimestre.

Lorsque le Service constate que le maximum prévu risque d'être dépassé, la Commission et les établissements hospitaliers ayant adhéré à la convention en sont informés. Les chirurgiens cardiaques de l'établissement hospitalier ayant adhéré à la convention sont invités à rédiger un rapport intermédiaire. La Commission et les chirurgiens cardiaques doivent alors proposer des mesures qui permettent de respecter les dispositions de l'ACL.

6. Procédure de demande et formulaires

6.1. Première implantation

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 172793-172804, 172815-172826 et 172830-172841 se déroule comme suit :

La demande de remboursement pour les intervention 172793-172804, 172815-172826 ou 172830-172841 est fournie dans les deux mois après implantation par le médecin-spécialiste implanteur simultanément au Collège des médecins-directeurs, et à la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié.

Le secrétariat tient un compteur par année civile et transmet un justificatif par retour de courrier au médecin spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier. Il y est mentionné de la quantième demande il s'agit pour cette année civile.

Le Collège communiquera sa décision dans les deux mois qui suivent la date de réception du dossier au médecin-spécialiste implanteur, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur ainsi qu'au pharmacien hospitalier.

Le compteur, corrigé par le nombre de demandes approuvées, est simultanément communiqué au médecin spécialiste et au pharmacien hospitalier. Les autres centres qui ont adhéré sont également avisés par mail du chiffre du compteur.

Le dossier de demande contient :

- un rapport médical détaillé rédigé par le médecin-spécialiste qui a placé le matériel;
- une preuve d'inscription sur la liste d'attente Eurotransplant en cas de BTT;
- F-Form-I-07, complété par le médecin-spécialiste implanteur.

Pour les bénéficiaires qui ont reçu un "bridge to decision", le médecin-spécialiste implanteur envoie, à la demande du Collège des médecins-directeurs, une mise à jour du statut de transplantabilité sur la base du formulaire d'inscription d'Eurotransplant au Collège des médecins-directeurs.

Pour les prestations 172911 et 172933 aucune demande de remboursement ne doit être introduite.

6.2. Remplacement

Pour les prestations 172852-172863, 172874-172885 et 172896-172900, la procédure décrite au point 6.1. doit être appliquée.

Si un remplacement est exigé en raison d'un problème lié au patient au cours des six premiers mois suivant l'implantation, il n'y a pas d'intervention de la part de l'assurance maladie obligatoire dans les coûts du dispositif.

6.3. Remplacement anticipé

Pas d'application

6.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

7. Règles d'attestation

7.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

7.2. Autres règles

Les prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 et 172896-172900, suivent les modalités de remboursement de la catégorie A.

Les prestations 172911 et 172933 suivent les modalités de remboursement de la catégorie D.

Si un remplacement est exigé en raison d'un problème lié au patient au cours des six premiers mois suivant l'implantation, il n'y a pas d'intervention de la part de l'assurance maladie obligatoire et les coûts du dispositif ne peuvent pas être portés en compte au bénéficiaire.

Le montant de l'intervention pour les prestations 172911 et 172933 doit être considéré comme un montant forfaitaire et couvre aussi l'entretien, l'utilisation, la location, la réparation et le remplacement de tous les composants.

Les prestations 172911 et 172933 peuvent être attestées au maximum une fois par mois.

7.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

8. Engagements de l'établissement hospitalier

8.1

L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de tenir à jour consciencieusement les données de suivi des patients traités dans le cadre de cette convention.

8.2. Communication de toute modification

Le pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier porte la responsabilité de communiquer, sans délai, chaque modification au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI et bien entendu à tous ceux qui sont concernés, dont en premier lieu les bénéficiaires.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles et par e-mail à implant@inami.fgov.be

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

9. Analyse

9.1.

L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la BACTS (Belgian Assocation for Cardio-Thoracic Surgery). Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

9.2. Analyse – Rapport final

Pour la date du 1 janvier 2017 la BACTS doit rédiger un rapport final sur base des données collectées et le transmettre à la Commission. Durant la collecte des données et l'élaboration de ce rapport, la vie privée des patients concernés sera respectée.

Ce rapport final comprend au minimum les éléments suivants :

- Le nombre d'implantations (total et par centre)
- Le type de cardiopathie
- Les données démographiques du patient (âge, sexe)
- Le matériel utilisé
- Le résultat : sevrage, transplantation ou décès
- Date de sortie de l'hôpital après implantation
- Durée totale de l'assistance jusqu'au sevrage, à la transplantation ou au décès
- Aperçu de la littérature scientifique s'y rapportant y inclus des études coût-efficacité

Les organismes assureurs feront l'analyse des coûts.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée , la Commission en avisera le ministre. Ce dernier peut décider de mettre fin au remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final dans lequel le dispositif est évalué comme base pour la rédaction d'un règlement définitif. La Commission soumettra ce règlement au Ministre.

10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante

La convention entre en vigueur le 1er août 2016 jusqu'au 31 décembre 2017 inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou par un établissement hospitalier par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

11. Divers

A la demande de la Commission ou de l’évaluateur, une réunion peut être organisée à tout moment.».

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs pour la fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant les dispositifs pour le traitement de fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période de d'évaluation qui court du 01/01/2017 au 31/12/2021. Pendant cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 180272-180283 et 180294-180305 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans l'établissement hospitalier qui répond aux critères suivants et qui a conclu la convention F-ACL-003 avec le Comité de l'assurance:

L'établissement hospitalier doit, durant la totalité de la durée de la convention, répondre aux critères ci-dessous.

2.1. Critères pour l'établissement hospitalier

2.1.1.

a) L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente.

b) Pour adhérer à la convention, l'établissement de soins doit disposer d'une expérience de 50 procédures de novo structurelles du côté gauche ou procédures d'ablation du côté gauche, dont 25 par ponction par voie transseptale au travers d'un septum intact (476033-476044 et/ou 589551-589562), calculé par année comme la moyenne pour les années 2013 à 2015. Uniquement une seule de ces prestations par jour par bénéficiaire peut être prise en compte pour le calcul des 25 ponctions transseptales.

c) L'établissement hospitalier désigne un des membres de son établissement repris dans le formulaire F-Form-II-06 comme coordinateur. Le coordinateur représente l'établissement hospitalier vis-à-vis des autres parties, plus spécifiquement la Commission, le Service et les organismes assureurs, et est la personne désignée pour veiller au respect des modalités d'exécution comme déterminées aux points 6 (procédure de demande) et 9 (évaluation).

d) L'établissement hospitalier et les médecins ayant adhéré à la convention F-ACL-003 s'engagent à collaborer à l'évaluation visée au point 9.

e) L'établissement hospitalier doit également disposer de:

- un échographiste expérimenté en procédures transoesophagiennes afin d'encadrer l'intervention de manière structurelle

- un "hart team"

- une permanence de 24h/24h et de 7j/7j

- un cathlab/ une salle hybride équipé pour des interventions structurelles, disposant de l'échographie transoesophagienne (TEE) et des techniques fluoroscopiques essentielles à l'implantation du dispositif

- le technique de l' ACT (activated coagulation time)

f) Lors du placement du dispositif pour fermeture percutanée de l'auricule gauche doivent être présents pour la durée entière de l'intervention dans le cathlab / la salle hybride au minimum :

- 1 opérateur qualifié (cardiologue interventionnel ou électrophysiologiste interventionnel) ayant acquis l'expertise en ponction transseptale et la fermeture de l'auricule gauche

et

- 1 cardiologue ayant acquis l'expertise en échographie transoesophagienne

et

- 1 anesthésiste-réanimateur

et

- 2 infirmiers

2.1.2. La concertation multidisciplinaire concernant la pose d'indication et l'intervention pour un bénéficiaire spécifique se déroule au sein de l'établissement hospitalier, par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des trois médecins-spécialistes suivants :

- 1 cardiologue interventionnel ou électrophysiologiste interventionnel exécutant l'intervention
- 1 chirurgien cardiaque
- selon le cas clinique : 1 cardiologue non-invasif, interniste, gériatre ou neurologue

2.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

2.2.1. L'établissement hospitalier qui répond aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé jusqu'au 4 janvier 2017 sur base du formulaire F-Form-II-06.

3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 180272-180283 et 180294-180305 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- fibrillation atriale non-valvulaire

et

- un haut risque thromboembolique avec un score CHA2DS2-VASc ≥ 2

et

- une des suivantes contre-indications formelles et permanentes aux anticoagulants (validée par l'équipe multidisciplinaire) :
  - antécédents d'hémorragie spontanée majeure selon les critères BARC3
  - antécédents d'hémorragie cérébrale de tout type
  - hémorragie mineure spontanée et répétitive, considérée comme significative de façon clinique par l'équipe multidisciplinaire

- insuffisance rénale grave (eGFR < 15 ml/min)

- récidive d'AVC ou d'AIT sous anticoagulants

Chaque contre-indication doit être documentée et les preuves doivent être conservées dans le dossier médical du bénéficiaire.

4. Critères concernant le dispositif

Les prestations 180272-180283 et 180294-180305 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

Pas d'application

4.2. Critères

4.2.1. Un dispositif pour fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA

- soit avoir démontré dans une étude clinique randomisée publiée dans une revue « peer-reviewed » avec un suivi de 12 mois minimum que le dispositif n'est pas inférieur à la warfarin ou NOAC et avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum ;

- soit avoir démontré dans une combinaison d'études cliniques prospectives publiées dans une revue « peer-reviewed » avec un protocole comparable qui atteignent de manière structurée et contrôlable au moins 200 patients avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles ("best clinical practice").

Seuls les dispositifs pour lesquels un programme d'entrainement suffisant est offert préalablement à l'usage, peuvent être implantés.

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

4.3.Conditions de garantie

Pas d'application

5. Nombre de bénéficiaires

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 180272-180283 est limité à 300 par an.

Si le Service constate que le nombre d'interventions a atteint le nombre annuel d'interventions accordées, il en informe les organismes assureurs.

Dès que le nombre d'interventions des centres dépasse le nombre annuel d'interventions accordées, la prestation 180294-180305 doit être attestée pour chaque intervention additionnelle.

6. Procédure de demande et formulaires

6.1 Première implantation

La prestation 180272-180283 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service dans les trente jours après l'implantation. Cette demande est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-10, entièrement complété et signé par un membre de l'équipe multidisciplinaire de l'établissement hospitalier implanteur.

Le secrétariat tient un compteur par année civile. Le compteur est simultanément communiqué au coordinateur et au pharmacien hospitalier. Les autres centres hospitaliers qui ont adhéré sont également avisés par mail du chiffre du compteur.

Le bénéficiaire qui entre en ligne de compte pour une implantation est sélectionné au préalable par une équipe multidisciplinaire composée comme décrit au point 1.4. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 3, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire et les données de suivi visées au point 8.1 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Une échographie transthoracique doit être exécutée avant la départ du bénéficiaire. Les effets secondaires et la mortalité doivent être suivis jusqu'à un an après l'implantation.

Le Service informe tous les organismes assureurs quand le nombre total 180272-180283 est atteint.

6.2. Remplacement

Pas d'application

6.3 Remplacement anticipé

Pas d'application

6.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

7. Règles d'attestation

7.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

7.2. Autres règles

Les prestations 180272-180283 et 180294-180305 suivent les modalités de remboursement de la catégorie E.

Les prestations 180272-180283 en 180294-180305 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par bénéficiaire.

Si le nombre d'interventions accordées annuellement pour la prestation 180272-180283 est dépassé, la prestation 180294-180305 doit être attestée.

En adhérant à la convention, l'établissement hospitalier s'engage à ne pas facturer les coûts du dispositif lors de l'implantation d'un dispositif de fermeture percutanée de l'auricule gauche autre que ceux mentionnés dans la liste nominative.

En adhérant à la convention, l'établissement hospitalier s'engage à ne pas facturer les coûts du dispositif lors de l'implantation chez un bénéficiaire qui ne satisfait pas aux critères d'inclusion repris au point 3.

Dès l'instant où il est constaté qu'un établissement hospitalier ne satisfait plus aux conditions visées au point 2.1., celui-ci perd le droit d'attester la prestation 180272-180283 pour les prestations effectuées pendant les trois mois qui suivent la date de la notification de cet avertissement. Durant cette période, l'établissement hospitalier peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne sont plus remboursées jusqu'au moment où l'établissement hospitalier satisfait à nouveau aux critères et en a

informé le Service des Soins de Santé. Lorsque l'établissement est à nouveau en ordre, la prestation 180272-180283 peut être attestée pour les interventions effectuées pendant la période de suspension, même si les 30 jours visés au point 6.1 sont dépassés.

Si un établissement hospitalier n'a pas complété le taux minimum requis pour son suivi comme prévu sous le point 8.1, dans les trois mois après qu'il en ait été informé par le Service, ce dernier le signale au Comité de l'assurance, qui peut alors décider du retrait de l'adhésion à la convention.

7.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

8. Engagements de l 'établissement hospitalier

8.1. L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de conserver scrupuleusement et intégralement les caractéristiques de référence (baseline) et les données relatives au suivi des bénéficiaires dans le cadre de la présente convention et ce, tant à leur sortie d'hôpital que 12, 24, 36, 48 et 60 mois après l'implantation.

Ces données doivent être inscrites dans le registre qui est établi et géré par le BWGIC. Les paramètres à enregistrer sont définis par le BWGIC, étant entendu qu'ils doivent permettre de faire une évaluation en vue de répondre aux questions de recherche définies au point 9.3 et de rédiger le rapport intermédiaire et final comme fixé aux points 9.2 et 9.3. Cet enregistrement doit toujours contenir au minimum les critères qui ont conduit à opter pour la fermeture de l'auricule gauche.

Le BWGIC, en concertation avec les établissements hospitaliers, transmettra pour validation à la Commission, au plus tard 2 mois après la publication de cette condition de remboursement, la liste des paramètres à enregistrer. La Commission peut ajouter les paramètres qu'elle juge nécessaires pour l'évaluation finale.

Les établissements hospitaliers doivent aussi enregistrer les implantations des dispositifs qui ne sont pas repris sur la liste nominative ou les autres implantations pour lesquelles aucun remboursement n'a été demandé, afin d'élaborer une analyse de la totalité du groupe cible dans le rapport final (point 9.3).

Les bénéficiaires pour lesquels une implantation a été refusée par l'équipe multidisciplinaire, doivent être également repris dans le registre et une liste nominative doit être fournie avec les rapports.

Les données de suivi des bénéficiaires doivent être inscrites au registre dans les 2 mois après le moment prévu et doivent toujours figurer dans le dossier médical du bénéficiaire.

Un décès, une nouvelle hospitalisation pour des raisons cardiaques ou des complications dues au dispositif et survenant en dehors des moments de suivi prévus doivent également être repris dans ce registre et dans le dossier médical.

Lorsque la Commission constate dans le rapport intermédiaire que, pour un établissement hospitalier adhérent, plus de 20% des suivis sont manquants ou incomplets, le remboursement du dispositif est suspendu.

Le Service en informe l'établissement hospitalier. La suspension de l'intervention est levée lorsque les données de suivi sont correctement complétées endéans les trois mois après que l'établissement hospitalier ait été informé par le Service.

Quand l'établissement hospitalier n'atteint pas le pourcentage minimum exigé pour le suivi endéans les trois mois après qu'il ait été averti par le Service, la convention est suspendue d'office. Le Service en informe la Commission et le Comité de l'Assurance.

Quand pour un établissement hospitalier adhérant à la convention, il est constaté pour la deuxième fois à l'occasion du rapport annuel que plus de 20% des données de suivi des bénéficiaires sont manquantes ou incomplètes, la convention est immédiatement suspendue d'office. Le Service en informe la Commission et la Comité de l'assurance.

8.2. Communication de toute modification

Chaque établissement hospitalier adhérent signale annuellement au Service les modifications aux données reprises dans le formulaire de candidature.

Pendant tout la durée de la convention, les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 2 sont communiquées spontanément par le coordinateur au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles et par e-mail à implant@inami.fgov.be

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

9. Analyse

9.1. L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la Commission Peer Review installée par le BWGIC en concertation avec les établissements hospitaliers et les organismes assureurs qui ont signé la convention. Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

9.2. Analyse intermédiaire – Rapport

La Commission peer-review présente chaque année, avant le 1er mars, un rapport écrit intermédiaire à la Commission, basé sur les données collectées. Ceci se passe respectivement avant le 1er mars 2018, le 1er mars 2019, le 1er mars 2020 et le 1er mars 2021.

Le rapport comprend au minimum les données suivantes :

1) nombre de patients traités sous les prestations 180272-180283 et 180294-180305, par établissement hospitalier qui a adhéré à la

convention

2) scores CHA2DS2-VASc en HASBLED de la population

3) contre-indication pour anticoagulation

4) nombre de décès ou d'effets secondaires majeurs

5) nombre de sérieux effets secondaires péri-procédurales (jour 0-7): mort, AVC, embolie systémique, hémorragie majeure, tamponnade, migration de l'implant

6) pourcentage de suivi manquant deux fois après les moments prévus du suivi, par établissement hospitalier

7) "adverse events" sérieux lors du suivi

8) pourcentage de succès technique

9) thérapie antithrombotique depuis le placement du dispositif

Si ce rapport intermédiaire n'est pas communiqué à la date précitée, la Commission en informe le ministre. Celui-ci peut décider d'arrêter le remboursement du dispositif.

9.3. Analyse – Rapport final

Au plus tard le 30/06/2021, la Commission de peer-review doit rédiger un rapport final sur la base des données collectées et le communiquer à la Commission.

Le rapport final doit répondre aux questions suivantes:

1. Quel est le groupe cible le plus approprié? Peut-on définir des indications spécifiques, qui peuvent être inscrites dans un règlement définitif des modalités de remboursement, pour lesquelles l'utilisation de ce dispositif est indiquée?

2. En se basant sur ces indications, combien d'implantations seront remboursables annuellement ?

3. Est-ce qu'il concerne des dispositifs sûrs qui peuvent être placés facilement et sans complications ?

4. Le résultat clinique envisagé, est-il obtenu après 12 mois ?

5. Quel est le rapport coût-efficacité de ce dispositif par rapport aux alternatives thérapeutiques?

Ce rapport final doit contenir au moins les éléments suivants :

1) Une revue systématique de la littérature au sujet de la fermeture percutanée de l'auricule gauche, accompagné d'une discussion des publications identifiées et des différents dispositifs médicaux, en particulier une discussion des études cliniques. Cette revue systématique de la littérature doit être actuelle jusqu'à quatre mois avant la date de remise du rapport final.

2) Une analyse de la population de patients dans le registre, portant au moins sur :

a. les données démographiques

b. un aperçu des critères qui ont mené à la décision de l'emploi de l'implant

c. des données liées à la procédure

d. sécurité et succès liés à la procédure

e. impact sur la prévention d'hémorragie cérébrale (comparé avec le pourcentage attendu évalué via le score CHA2DS2-VASc)

f. pourcentage d'hémorragies (comparé avec le risque attendu calculé via le score HASBLED)

g. survie totale et “event-free”

h. similarités et différences entre les établissements hospitaliers concernant la sélection des patients

i. le nombre d’implantations par centre

j. discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec la littérature (études cliniques et registres)

3) Une analyse des données de suivi collectées. Cela comporte au minimum :

a. les décès avec leurs causes

b. l’apparition de divers effets secondaires majeurs jusqu’à une année après l’implantation ou un suivi plus long, si disponible

c. une discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec ceux de la littérature (études cliniques et registres)

4) Une analyse rétrospective des frais médicaux directs pendant un an avant l’implantation, pour l’implantation elle-même (consultation, tests diagnostiques et évaluation avant implantation, l’implantation et l’hospitalisation) et pour chaque année complète suivant l’implantation. Les frais suivants sont analysés :

a. le nombre, la durée et le coût des hospitalisations, liées à la fermeture de l’auricule gauche. Les examens techniques relatifs au diagnostic ou au traitement sont inclus

b. le nombre de visites aux urgences et leur coût

c. le nombre de visites chez le médecin généraliste ou le cardiologue et leur coût

d. le nombre, la dose et le coût des médicaments antithrombotiques (ATC B01) et les antihémorragiques (ATC B02)

e. un examen de cette analyse

f. ré-hospitalisations et les coûts associés

5) Une proposition détaillée relative aux indications et contre-indications pouvant être inscrites dans les conditions de remboursement. Chacune des indications proposées doit être motivée sur la base de l'étude de la littérature ou des résultats obtenus sous cette ACL.

6) Un examen de la plus-value thérapeutique, l'intérêt dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux et la proportion entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique (efficience), de sorte que la Commission puisse proposer une réglementation définitive motivée au Ministre.

Les organismes assureurs fourniront les données demandées sous le point 4 afin que la Commission peer-review puisse effectuer l'analyse des coûts.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Ministre par l'intermédiaire de la Commission.

10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante

La convention entre en vigueur le 01/01/2017 et est valable jusqu'au 31/12/2021 inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou par un établissement hospitalier par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

11. Divers

A la demande de la Commission ou de l'une des parties de la convention, une réunion avec le Bureau de la Commission et le BWGIC peut être organisée à tout moment."

F-§24
Prestations liées

172955	172966
172970	172981
172992	173003

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire et accessoires, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour le programme de soins «pathologie cardiaque C» tel que fixé par l'autorité compétente.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond simultanément aux critères suivants:

Une surcharge de pression sévère et/ou de volume du ventricule droit (ventricule sub-pulmonaire) avec malformation cardiaque congénitale due à un dysfonctionnement de la valve pulmonaire avec une des indications suivantes :

- sténose pure avec soit:
- gradient maximum Doppler > 50 mmHg si la fonction du ventricule droit est normale
- gradient maximum Doppler > 40 mmHg s'il y a une dysfonction du ventricule droit
- gemiddelde Doppler gradiënt > 35 mmHg
- Insuffisance valvulaire pulmonaire de 3 ou 4
- Lésion mixte avec insuffisance valvulaire pulmonaire de 3 ou 4, et une sténose avec soit :
- gradient maximum Doppler > 50 mmHg si la fonction du ventricule droit est normale
- maximum Doppler > 40 mmHg s'il y a une dysfonction du ventricule droit

- gradient moyen Doppler > 35 mmHg

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172955-172966 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Pas d'application.

3.2. Critères

3.2.1. Un stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire y compris le système de placement ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA;

- soit avoir démontré dans une étude clinique prospective avec un suivi de 12 mois minimum et 50 patients au minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles (« best clinical practice »);

- soit avoir démontré dans une combinaison d'études cliniques prospectives avec un protocole comparable qui atteignent de manière structurée et contrôlable au moins 50 patients avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles (« best clinical practice »).

3.2.2. Un stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire y compris le système de placement qui est, selon le demandeur, une modification légère (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative du même fabricant ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si la Commission juge qu'il s'agit d'une version légèrement modifiée sur base des éléments suivants :

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

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

3.2.3. Un stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire y compris le système de placement qui est une modification (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative du même fabricant et qui ne peut pas être considéré comme une modification légère comme stipulé en 3.2.2. suit la procédure décrite au point 3.2.1.

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent faire l´objet d´une intervention de l´assurance obligatoire qu´après un enregistrement auprès de l'Association Belge de Cardiologie Pédiatrique et Congénitale (ABCPC) et le Belgian Working Group on Adult Congenital Heart Disease (BWGACHD). Cet enregistrement doit être demandé par email dans les trente jours après implantation. Cet enregistrement peut être fait sur la base du formulaire F-form-I-09, ou d'une autre façon qui fournit les mêmes données pour le registre .

L'intervention de l'assurance est due uniquement lorsque le code de l'enregistrement est communiqué dans la facturation électronique.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, ainsi que les données de suivi, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement anticipé

Pas d'application

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172970-172981 et 172992-173003 peuvent être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 172955-172966.

La prestation 172970-172981 n'est pas cumulable avec la prestation 172992-173003.

Durant la même hospitalisation, les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 159294 - 159305 et 159471-159482.

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 peuvent seulement être attestées une seule fois par hospitalisation

5.2. Autres règles

La prestation 172970-172981 couvre tout le matériel de dilatation et le(s) tuteur(s) couvert(s) ou non utilisé(s) dans le cadre de la procédure.

La prestation 172970-172981 ne peut-être attestée que si une dilatation ou un stenting est effectué pendant la procédure pour laquelle la prestation 172955-172966 est attestée

La prestation 172992-173003 couvre tout le matériel de dilatation utilisé dans le cadre de la prestation

La prestation 172992-173003 ne peut-être attestée que si aucun dilatation ou stenting n'est effectué pendant la procédure pour laquelle la prestation 172955-172966 est attestée

Lorsqu'une prédilatation et/ou un préstenting a été effectué préalablement à l'intervention pour laquelle la prestation 172955-172966 a été attestée, la prestation 159471-159482 peut alors être attestée

Après implantation, il convient d'évaluer le bénéficiaire à 1, 3, 6 et 12 mois. Les résultats de ce suivi doit être enregistré dans le registre géré par le Belgian Working Group on Interventional Cardiology.

Un pourcentage jusqu'à 20 % des données de suivi manquants quatorze mois après l'intervention originale est admissible.

Si un établissement hospitalier dépasse le pourcentage prévu de 20 % des patients manquants, le Service peut demander a l'établissement hospitalier de les remplir ou de fournir une explication concernant le dépassement du pourcentage de "données de suivi manquantes", et ceci à l'intention de la Commission et du Comité d'assurance

Après en avoir été averti par le Service, lorsqu'un établissement hospitalier ou un réseau n'atteint pas, endéans les 3 mois, le pourcentage minimum exigé pour le suivi, le Service le signale à la Commission et au Comité de l'Assurance, qui peuvent alors décider que les prestations ne font plus l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire pour cet établissement hospitalier.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

La Commission peut, en tout temps, demander à l'Association Belge de Cardiologie Pédiatrique et Congénitale (ABCPC) et le Belgian Working Group on Adult Congenital Heart Disease (BWGACHD) une évaluation avec rapport.

La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

7. Divers

Pas d'application.

G. Chirurgie vasculaire

G.1 Matériel de dilatation avec ou sans tuteur(s) périphérique(s) couvert(s) ou non-couvert(s)

G.1.1 Matériel de dilatation avec un (des) tuteur(s) périphérique(s) couvert(s) ou non-couvert(s)

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

160510 - 160521 Matériel de dilatation et tuteur(s) utilisés lors de la prestation 589352 - 589363 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.701,73*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.701,73*

Conditions de remboursement : *G-§01*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160532 - 160543 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mesentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.401,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.401,42*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160554 - 160565 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mesentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.901,93*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.901,93*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160576 - 160580 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.401,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.401,42*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160591 - 160602 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.901,93*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.901,93*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160613 - 160624 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.021,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.021,04*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160635 - 160646 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.521,54*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.521,54*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160650 - 160661 Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors d'une revascularisation veineuse

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.276,29*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.276,29*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/11/2016

182011 - 182022 Ensemble de matériel de dilatation et de drug-eluting stent(s) utilisés lors de la revascularisation des artères fémoro-poplitées au-dessus du genou

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36001
Base de remboursement	*€ 1.524,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.524,00*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/11/2016

182033 - 182044 Ensemble de matériel de dilatation et de drug-eluting stent(s) utilisés lors de la revascularisation des artères fémoro-poplitées au-dessus du genou du côté contralatéral

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36002
Base de remboursement	*€ 1.143,62*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.143,62*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/04/2017

180235 - 180246 Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée, en combinaison avec un ou plusieurs tuteur(s)

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36103
Base de remboursement	*€ 1.524,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.524,00*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/04/2017

180250 - 180261 Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée controlatérale, en combinaison avec un ou plusieurs tuteur(s)

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36104
Base de remboursement	*€ 1.143,62*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.143,62*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G. Chirurgie vasculaire

G.1.2 Matériel de dilatation sans tuteur périphérique

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160672 - 160683 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mésentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 464,92*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 464,92*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160694 - 160705 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 464,92*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 464,92*

Conditions de remboursement : *G-§02*

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

160716 - 160720 Ensemble du matériel de dilatation et de revascularisation utilisé lors d'une revascularisation infra-poplité pour ischémie critique des membres inférieures chez des patients avec des lésions ulcératives qui ne guérissent pas ou des douleurs de repos nocturnes, par technique laser

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 1.704,71*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.704,71*

Conditions de remboursement : *G-§03*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160731 - 160742 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 258,29*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 258,29*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

160753 - 160764 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors d'une revascularisation veineuse

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 361,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 361,61*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/04/2017

180191 - 180202 Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 36101

Base de remboursement	*€ 1.524,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.524,00*

Conditions de remboursement : *G-§02*

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/04/2017

180213 - 180224 Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée controlatérale

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 36102

Base de remboursement	*€ 1.143,62*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.143,62*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G.2 Matériel de thrombectomie ou embolectomie

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

160775 - 160786 Sonde de type Fogarty pour embolectomie, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 75,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,42*

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

160790 - 160801 Sonde de type Fogarty pour thrombectomie, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 119,85*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 119,85*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2017 Date première publication : 1/07/2017

182136 - 182140 Un ou plusieurs thrombus retrievers utilisés lors d'une procédure de thrombectomie mécanique intracrânienne endovasculaire en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 4.500,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 4.500,00*

Conditions de remboursement : *G-§10*

Date dernière modification : 1/07/2017 Date première publication : 1/07/2017

182151 - 182162 Ensemble du matériel nécessaire à l'extraction endovasculaire d'un thrombus par aspiration, ou nécessaire à l'utilisation d'un thrombus retriever lors d'une procédure de thrombectomie mécanique intracrânienne endovasculaire, en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 3.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 3.000,00*

Conditions de remboursement : *G-§10*

Date dernière modification : 1/07/2017 Date première publication : 1/07/2017

182173 - 182184 Ensemble du matériel de dilatation et tuteur éventuel utilisé lors d'un traitement endovasculaire d'une constriction artérielle proximale, afin d'avoir un accès pour une extraction endovasculaire d'un thrombus intracrânien, en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 900,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 900,00*

Conditions de remboursement : *G-§10*

G.3 Prothèses vasculaires

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

160812 - 160823 Greffe vasculaire utilisée pour un bypass fémoro-poplité (au-dessus du genou)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 800,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 800,81*

G. Chirurgie vasculaire

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

160834 - 160845 Greffe vasculaire utilisée pour un cross-over fémoro-fémorale

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 750,76*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 750,76*

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

160856 - 160860 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass fémoro-distal

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.226,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.226,24*

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

160871 - 160882 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass axillo-fémoral

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.226,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.226,24*

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

160893 - 160904 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-iliaque

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 600,61*

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

160915 - 160926 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-fémoral

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 600,61*

G. Chirurgie vasculaire

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

160930 - 160941 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass ilio-fémoral

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 600,61*

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

160952 - 160963 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique < 15 cm

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 600,61*

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

160974 - 160985 Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique > et = 15 cm

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 950,96*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 950,96*

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

160996 - 161000 Greffe vasculaire type Valsalva avec ou sans ramification

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.701,73*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.701,73*

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

161011 - 161022 Greffe vasculaire avec une ou deux ramifications

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.301,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.301,32*

G. Chirurgie vasculaire

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

161033 - 161044 Greffe vasculaire avec trois ou quatre ramifications

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.701,73*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.701,73*

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

161055 - 161066 Greffe de bifurcation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 800,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 800,81*

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

161070 - 161081 Prothèse d'accès pour hémodialyse

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 500,51*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 500,51*

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

161092 - 161103 Greffe vasculaire droite utilisée pour un by-pass vasculaire, qui n'est pas défini dans les prestations 160812-160823, 160834-160845, 160856-160860, 160871-160882, 160893-160904, 160915-160926, 160930-160941, 160952-160963, 160974-160985, 160996-161000, 161011-161022, 161033-161044, 161055-161066 et 161070-161081

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 600,61*

G. Chirurgie vasculaire

G.4 Endoprothèses

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161114 - 161125 Endoprothèse de bifurcation avec segment contralatéral, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32701
Base de remboursement	*€ 4.838,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 4.838,03*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161136 - 161140 Endoprothèse de bifurcation avec segment contralatéral et extensions iliaques et/ou aortiques, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32701, 32704, 32705
Base de remboursement	*€ 5.840,44*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5.840,44*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161151 - 161162 Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec ou sans bouchon d'occlusion, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32702, 32703
Base de remboursement	*€ 4.296,36*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 4.296,36*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161173 - 161184 Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec ou sans bouchon d'occlusion et extensions iliaques et/ou aortiques, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32702, 32703, 32704, 32705
Base de remboursement	*€ 5.615,82*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5.615,82*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161195 - 161206 Endoprothèse aortique abdominale droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32706
Base de remboursement	*€ 2.726,89*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.726,89*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161210 - 161221 Endoprothèse iliaque droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32709
Base de remboursement	*€ 1.481,50*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.481,50*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161232 - 161243 Une endoprothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus, utilisée dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32708
Base de remboursement	*€ 6.157,49*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 6.157,49*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161254 - 161265 Une endoprothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus et une endoprothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32707, 32708
Base de remboursement	*€ 8.796,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 8.796,42*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161276 - 161280 Une endoprothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm, utilisée dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32707
Base de remboursement	*€ 4.398,21*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 4.398,21*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161291 - 161302 Deux endoprothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32707
Base de remboursement	*€ 7.037,13*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 7.037,13*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161313 - 161324 Trois endoprothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32707
Base de remboursement	*€ 8.796,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 8.796,42*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161335 - 161346 Deux endoprothèses aortiques thoraciques droites : 15 cm ou plus, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	32708
Base de remboursement	*€ 8.796,42*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 8.796,42*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161350 - 161361 Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'artère iliaque pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32704

Base de remboursement	*€ 1.481,50*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.481,50*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161372 - 161383 Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'aorte abdominale pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32705

Base de remboursement	*€ 1.319,47*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.319,47*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161394 - 161405 Endoprothèse iliaque droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32709

Base de remboursement	*€ 1.481,50*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.481,50*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161416 - 161420 Une endoprothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32707

Base de remboursement	*€ 4.398,21*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 4.398,21*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161431 - 161442 Endoprothèse aortique thoracique hybride : 10 cm ou plus avec une greffe vasculaire branchée ou non-branchée, utilisée à l'occasion des prestations 229014-229025, 229316-229320, 229530-229541, 229596-229600, 229272-229283, 236014-236025, 236036-236040 ou 236051-236062 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32710

Base de remboursement	*€ 9.600,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 9.600,00*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/07/2014

161453 - 161464 Endoprothèse aortique droite : 15 cm ou plus avec un prolongement en polyester, utilisée à l'occasion des prestations 237016-237020, 237053-237064 ou 237075-237086 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32710

Base de remboursement	*€ 6.157,49*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 6.157,49*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/05/2016

172690 - 172701 Endoprothèse fenêtrée et/ou multibranches pour le traitement d'un anévrisme abdominal ou thoracique

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 32711, 32704, 32705

Base de remboursement	*€ 16.800,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 16.800,00*

Conditions de remboursement : *G-§04*

Date dernière modification : 1/05/2016 Date première publication : 1/05/2016

172712 - 172723 Tuteur couvert utilisé au niveau de la branche ou fenêtre d'une endoprothèse fenêtrée ou multibranches

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.500,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.500,00*

Conditions de remboursement : *G-§04*

G. Chirurgie vasculaire

G.5 Matériel d'embolisation

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

161475 - 161486 Emploi de matériel d'embolisation à l'occasion de la prestation 589116 - 589120 de la nomenclature, y compris le matériel utilisé lors de la procédure de test

Catégorie de remboursement : II.F.a

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

Conditions de remboursement : *G-§05*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

161490 - 161501 Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589131 - 589142 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 671,55*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 671,55*

Conditions de remboursement : *G-§01,G-§05*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

161512 - 161523 Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589411 - 589422 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 309,95*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 309,95*

Conditions de remboursement : *G-§05*

G.6 Cathéter pour la recanalisation d'une occlusion vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2017 Date première publication : 1/07/2014

161534 - 161545 Utilisation d'un ou plusieurs cathéters à l'occasion de la prestation 589175 - 589186 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 361,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 361,61*

Conditions de remboursement : *G-§02*

G. Chirurgie vasculaire

G.7 Systèmes veineux centraux pour usage prolongé

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

161556 - 161560 Cathéter veineux central tunnellisé simple ou multi-lumière, de type Hickman-Broviac pour usage prolongé, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 170,17*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 170,17*

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

161571 - 161582 Cathéter veineux central tunnellisé pour dialyse, de type Hickman-Broviac pour utilisation prolongée, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 230,23*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 230,23*

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

161593 - 161604 Cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICC) pour utilisation prolongée, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 70,07*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 70,07*

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

161615 - 161626 Réservoir implantable avec une ou deux chambres avec cathéters, pour injections transcutanées répétées, pour injections intraveineuses, intra-artérielles, épidurales, intrathécales ou intrapéritonéales, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

G. Chirurgie vasculaire

G.8 Vascular closure device

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

161630 - 161641 Implant et accessoires pour la fermeture percutanée de la paroi artérielle après une procédure endovasculaire thérapeutique, par session opératoire

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement	*€ 150,15*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,58*
				Montant du remboursement	*€ 67,57*

G.9 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

G.9.1 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation d'une artère des membres

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

161652 - 161663 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 235115-235126 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

161674 - 161685 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 235211-235222 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/08/2017

180316 - 180320 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la revascularisation d'une artère des membres inférieurs par pontage in situ

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G. Chirurgie vasculaire

G.9.2 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation d'une seule artère abdominale, d'un pontage aortofémoral, aorto-iliacal ou iliacofémoral

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

161696 - 161700 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 237090-237101 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

161711 - 161722 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 237171-237182 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G.9.3 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une opération sur le coeur ou les gros vaisseaux intrathoraciques

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

161733 - 161744 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229014 - 229025 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

161755 - 161766 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229515 - 229526 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G. Chirurgie vasculaire

G.9.4 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation myocardique

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

161770 - 161781 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229574 - 229585 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§06,G-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

161792 - 161803 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229611 - 229622 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§08*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

161814 - 161825 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229633 - 229644 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 344,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 86,01*
				Montant du remboursement	*€ 258,03*

Conditions de remboursement : *G-§08*

G.10 Cathéter en vue de l'évacuation des collections profondes

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

161836 - 161840 Sonde de drainage à double voie utilisée lors de la prestation 589234 - 589245 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 103,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 103,32*

G. Chirurgie vasculaire

G.11 Filtre de veine cave

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

161851 - 161862 Filtre endovasculaire de veine cave mis en place par voie percutanée, y compris le matériel utilisé lors du placement

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 600,61*

G.12 Patches

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

161873 - 161884 Patch pour angioplastie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 150,15*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 150,15*

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

161895 - 161906 Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 75,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,08*

G.13 Matériel pour le traitement des varices des membres inférieurs

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

161910 - 161921 Ensemble du matériel utilisé lors d'un traitement complet endoveineux unilatéral ou bilatéral des varices des membres inférieurs avec laser ou radiofréquence lors des prestations 238173-238184, 238210-238221 ou 238276-238280 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 258,29*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 142,05*
				Montant du remboursement	*€ 116,24*

Conditions de remboursement : *G-§07*

G. Chirurgie vasculaire

G.14 Neurostimulateurs et accessoires

G.14.1 Neurostimulateurs et accessoires en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/12/2014

171216 - 171220 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.317,25*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/12/2014

171231 - 171242 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32802

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.257,76*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/12/2014

171253 - 171264 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.317,25*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/12/2014

171275 - 171286 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32801

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 5.317,25*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/12/2014

171290 - 171301 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32802

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.257,76*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/12/2014

171312 - 171323 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 32802

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 9.257,76*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/04/2015

171916 - 171920 Ensemble des électrodes et extensions implantées, pour placement chirurgical ou percutané, pur stimulation des cordons postérieurs à la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.100,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.100,00*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/04/2015

171931 - 171942 Ensemble des électrodes et extensions en cas de stimulation d'essai négative, pour placement chirurgical ou percutané, pour stimulation des cordons postérieurs à la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.100,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.100,00*

Conditions de remboursement : *G-§09*

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/04/2015

171953 - 171964 Ensemble des extensions de remplacement implantées pour neurostimulation en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 171,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 171,00*

Conditions de remboursement : *G-§09*

Conditions de remboursement

G-§01

Prestations liées

160510	160521
161490	161501

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

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

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§02	
Prestations liées	
160532	160543
160554	160565
160576	160580
160591	160602
160613	160624
160635	160646
160650	160661
160672	160683
160694	160705
160731	160742
160753	160764
161534	161545
180191	180202
180213	180224
180235	180246
180250	180261
182011	182022
182033	182044

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors de la revascularisation, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 160591-160602, 160554-160565 et 160635-160646 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants :
- rupture iatrogène ou rupture après traumatisme
ou
- dissections
ou
- faux anévrismes
ou
- anévrisme poplité, fémoral (cette indication ne vaut pas pour la prestation 160554-160565)
ou
- anévrisme iliaque avec un diamètre inférieur à 3 cm (cette indication ne vaut pas pour la prestation 160554-160565)
ou
- anévrisme de l'artère sous-clavière (cette indication ne vaut pas pour la prestation 160591-160602)
ou
- fistules artério-veineuse pathologique

Les prestations 180191-180202 et 180213-180224 ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :
- Après prédilatation, il n'y a aucun indicateur montrant que le placement d'un stent soit nécessaire.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 182011-182022, 182033-182044, 180191-180202 et 180213-180224 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1 Définition

Par “drug-coated ballon”, il faut comprendre un ballon endovasculaire qui est utilisé pour déposer un médicament antiprolifératif sur la paroi artérielle de la lésion

3.2. Critères

3.2.1. Un drug-eluting stent y compris le système de placement ne peut faire l’objet d’une intervention de l’assurance obligatoire que s’il répond aux critères suivants :

- avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique d’au moins 80 % établie par le protocole et avec un suivi de 12 mois minimum que le dispositif est supérieur a un stent en métal nu, et/ou n’est pas inférieur à un dispositif qui se trouve déjà sur la liste nominative,

et

- avoir démonter un profil de sécurité acceptable sur 200 patients minimum;

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

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

- une information spécifiant dans quelle mesure le dispositif modifié a été admis au remboursement dans d’autres pays européens

3.2.3. Un drug-eluting stent qui est une modification (implant et/ou système de placement) d’un dispositif déjà repris sur la liste nominative et du même fabricant, et qui ne peut pas être considéré comme une modification légère telle que stipulée au point 3.2.2. suit la procédure décrite au point 3.2.1.” ;

3.2.4. Un drug-coated ballon ne peut entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire pour une inscription que s'il répond aux critères suivants:

- En termes de risque de revascularisation, il a été démontré, dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique d'au moins 80 % établie par le protocole et un suivi d'au moins 12 mois, que le dispositif est supérieur à une dilatation par ballon classique, ou n'est pas inférieur à un dispositif comparable déjà inscrit sur la liste nominative

et

- a démontré un profil de sécurité acceptable sur 200 patients au minimum

3.2.5. Un drug-coated ballon qui, selon le demandeur, constitue une légère modification à un dispositif du même fabricant déjà admis sur la liste nominative, peut entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire si la Commission estime qu'il s'agit d'une version légèrement modifiée sur la base des données suivantes :

- une explication détaillée et documentée selon laquelle le dispositif n'a été modifié que légèrement et ne constitue pas un nouveau dispositif en soi;

- des informations relatives à la mesure dans laquelle le dispositif modifié a été admis au remboursement dans d'autres pays européens;

3.2.6. Un drug-coated ballon qui constitue une modification d'un dispositif déjà admis sur la liste nominative et qui ne peut être considéré comme une légère modification au sens du paragraphe précédent, ne peut entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

- soit le dispositif a été approuvé par la FDA avec une PMA,

- soit il est démontré, à travers un rapport d'étude et/ou une étude clinique avec un suivi de 30 jours au moins, une sécurité et une action du système modifié comparables aux dispositifs admis sur la liste nominative;

La preuve des éléments susmentionnés doit être jointe au dossier d'inscription sur la liste nominative.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

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

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 160591-160602, 160554-160565, 160672-160683, 160576-160580, 160532-160543, 160694-160705, 160716-160720, 182011-182022, 180191-180202 et 180235-180246 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 160613-160624, 160731-160742, 160635-160646, 182033-182044, 180213-180224 et 180250-180261 ne sont pas cumulables entre elles.

La prestation 160650-160661 n'est pas cumulable avec la prestation 160753-160764.

La prestation 160716-160720 n'est pas cumulable avec la prestation 161534-161545.

5.2. Autres règles
Dans le libellé des prestations 160613-160624, 160731-160742 et 182033-182044, par "autre axe anatomique", il faut comprendre un autre axe artériel ou la présence d'une articulation entre deux artères.
Les prestations 160613-160624 et 182033-182044 ne peuvent être attestées chacune qu'une seule fois si les stents sont utilisés lors de la revascularisation d'une artère contralatérale et de l'autre axe anatomique durant une seule session opératoire.
La prestation 160613-160624 ne peut-être attestée qu'une seule fois si les stents sont utilisés lors de la revascularisation des artères de deux axes anatomiques durant une seule session opératoire.
La prestation 160731-160742 ne peut être facturée qu'une seule fois si une dilatation a lieu lors de le revascularisation d'une artère contralatérale et de l'autre axe anatomique durant une seule session opératoire ou si une dilatation a lieu lors de la revascularisation des artères de deux axes anatomiques durant une seule session opératoire.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application

G-§03
Prestations liées

160716	160720

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de dilatation et de revascularisation utilisé lors d'une revascularisation infra-poplité pour ischémie critique des membres inférieures, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Pour la prestation 160716-160720, le formulaire G-form-I-1 relatif à la pose de l'indication et au matériel utilisé doit être complété et signé par deux médecins spécialistes : un spécialiste en radiologie ou chirurgie vasculaire et un spécialiste en cardiologie ou médecine interne ou neurologie ou radiologie ou chirurgie vasculaire. Ces deux médecins spécialistes doivent avoir une spécialité différente et travailler dans le même centre. Les deux médecins prennent conjointement la responsabilité de la pose de l'indication.
Ce formulaire doit toujours être conservé avec la prescription dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 160716-160720 n'est pas cumulable avec les prestations 160591-160602, 160554-160565, 160672-160683, 161534-161545, 160694-160705, 160576-160580 et 160532-160543.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§04	
Prestations liées	
161114	161125
161136	161140
161151	161162
161173	161184
161195	161206
161210	161221
161232	161243
161254	161265
161276	161280
161291	161302
161313	161324
161335	161346
161350	161361
161372	161383
161394	161405
161416	161420
161431	161442
161453	161464
172690	172701
172712	172723

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux endoprothèses il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, et 161453-161464 172690-172701 et 172712-172723 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier est doté d'une formation solide et d'une expérience soutenue en matière de procédures endovasculaires et de traitement chirurgical d'un anévrisme aortique infrarénal, d'un anévrisme iliaque et, le cas échéant, d'un anévrisme thoracique, et se profile comme tel à l'égard des médecins de renvoi et des patients.

L'intervention pour les prestations 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161416-161420, 161431-161442, 172690-172701 en 172712-172723 est en outre limitée aux établissements hospitaliers qui disposent de l'agrément complet pour le programme de soins "Pathologie cardiaque" B, accordé par l'autorité compétent du programme de soins "pathologie cardiaque".

Pour la prestation 172690-172701 l'établissement hospitalier doit disposer d'une salle d'opération hybride. Celle-ci répond à toutes les exigences pour une salle d'opération et de radiologie interventionnelle et est pourvue au minimum d'un arceau (C-arm) fixe.

Les établissements hospitaliers doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire composée au minimum de deux chirurgiens équivalent temps plein (8/10) ayant une formation et expérience particulières en chirurgie vasculaire, ci-après dénommés "chirurgiens vasculaires" et un radiologue équivalent temps plein (8/10) ayant une formation et expérience particulières en radiologie interventionnelle, ci-après dénommé "radiologue interventionnel".

Bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs établissements hospitaliers, ils ne peuvent signer la demande de remboursement que dans un seul établissement hospitalier . Pour ce faire, le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste sur base du formulaire G-Form-II-1, mise à jour annuellement, avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier et l'enverra pour information à la Commission et au Conseil technique médical.

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement de ces prestations, l'établissement hospitalier doit, dans le courant de l'année x, avant le 1er novembre, communiquer au Service des Soins de Santé la composition de l'équipe.

Si l'établissement hospitalier satisfait à ces critères, il peut bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour ces prestations pendant un an, à partir du 1er janvier de l'année x+1 jusqu'au 31 décembre de l'année x+1 y compris.

Les modifications apportées à la composition de l'équipe dans le courant de l'année x+1 sont spontanément communiquées par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé.

Un établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis si, au sein de l'équipe multidisciplinaire, il n'y a plus deux chirurgiens vasculaires et/ou de radiologue interventionnel. Dès l'instant où ceci est constaté, l'établissement hospitalier perd pendant trois mois le droit d'attester les prestations précitées.

Durant cette période, l'établissement hospitalier peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne font plus l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire et ce jusqu'au moment où l'établissement hospitalier satisfait de nouveau à ces critères et en a informé le Service des Soins de Santé.

Le suivi étant inclus dans une prestation effectuée selon les règles de l'art, sa réalisation est une condition dans le cadre de l'expérience soutenue d'un établissement hospitalier. L'établissement hospitalier transmettra annuellement, avant le 1er novembre, et ce selon des modalités fixées par le Service des Soins de Santé, la Commission et le Conseil technique médical, les données d'implantation et de suivi au Collège des médecins-directeurs, sous la forme d'un rapport récapitulatif. Lorsque l'intervention est effectuée par un radiologue interventionnel, un chirurgien vasculaire doit être immédiatement disponible pour intervenir en cas de complications.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, 172690-172701 et 172712-172723 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Indications

Le diamètre est mesuré en travers de l'axe longitudinal de l'anévrisme à l'aide d'un CT scan ou d'une résonance magnétique.

2.1.1. pour les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442 et 161453-161464:

1) Anévrisme aortique abdominal infrarénal
a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :
- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes;
ou
- anévrisme fusiforme de l'aorte d'un diamètre de 4,5 à 5,5 cm chez les bénéficiaires symptomatiques souffrant de douleurs dorsales et abdominales avec anévrisme palpatoire et douloureux ou dans le cas d'une anamnèse familiale d'anévrisme (parents du premier degré);
ou
- anévrisme de l'artère iliaque d'un diamètre supérieur à 3 cm, sans collet proximal;
ou
- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant) nonobstant le diamètre;
ou
- rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.
b) L'anévrisme remplit les critères anatomiques suivants :
- collet proximal d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;
et
- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;
et
- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible.
c) Sont exclus les anévrismes :
- dont le collet proximal présente une angulation supérieure à 70° et/ou des calcifications circulaires importantes;
ou
- qui présentent des tortuosités et calcifications iliaques entraînant l'impossibilité de placement du dispositif d'introduction.

2) Anévrisme de l'artère iliaque

L'anévrisme répond à un des critères suivants :
- anévrisme iliaque d'un diamètre supérieur à 3 cm avec une zone d'amarrage proximale et distale, rendant possible l'utilisation de tuteurs couverts droits;
ou
- rupture d'anévrisme iliaque, nonobstant le diamètre.

3) Anévrisme de l'aorte thoracique
3.1. Anévrisme de l'aorte descendante
a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :
- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;
ou
- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;
ou
- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.
b) L'anévrisme répond aux critères anatomiques suivants :
- collet proximal d'une longueur minimale de 1,5 cm (n'est pas exigé pour les prestations 161431-161442 et 161453-161464) et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;
ou
- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 2 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;
ou
- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible, sans tortuosités et/ou calcifications iliaques graves.
3.2 Anévrismes de l'aorte ascendante
L'anévrisme répond à un des critères suivants :
- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;
ou
- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;
ou
- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.
3.3 Anévrisme de l'arc aortique
L'anévrisme répond à un des critères suivants :
- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;
ou
- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;
ou
- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

4) Endoleak de type I ou endotension (avec croissance de l'anévrisme) après réparation endovasculaire d'un :
- anévrisme aortique abdominal;
- anévrisme iliaque;
- anévrisme thoracique

5) Une endoleak de type III à hauteur de l'aorte infrarénale est considéré comme un nouvel anévrisme.

2.1.2. pour la prestation 172690-172701:

- Anévrisme aortique fusiforme juxtarénal (collet proximal sous l'artère rénale < 1cm) ou pararénal ou thoraco-abdominal ou thoracique avec un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes

- Anévrisme sacculaire (collet proximal sous l'artère rénale < 1cm) ; anévrisme vrai ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant ; de l'aorte descendante, juxtarénale ou pararénale nonobstant le diamètre

L'intervention est uniquement d'application pour le traitement d'un anévrisme aortique pararénal ou juxtarénal ou pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte descendante où l'irrigation de branches collatérales essentielles doit être maintenue.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, et 172690-172701 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif qui répond aux critères suivants:

3.1. Définition
Pour la prestation 161114-161125:
L'intervention de l'assurance obligatoire couvre le tuteur de bifurcation, le segment contralatéral ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour la prestation 161136-161140:
L'intervention de l'assurance obligatoire couvre le tuteur de bifurcation, le segment contralatéral, les extensions iliaques et/ou aortiques, quel que soit leur nombre, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour la prestation 161151-161162:
L'intervention de l'assurance obligatoire couvre l'endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale, le bouchon d'occlusion s'il a été implanté, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour la prestation 161173-161184:
L'intervention de l'assurance obligatoire couvre l'endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale, le bouchon d'occlusion s'il a été implanté, les extensions iliaques et/ou aortiques, quel que soit leur nombre, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour les prestations 161195-161206, 161232-161243, 161276-161280, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442 et 161453-161464:
L'intervention de l'assurance obligatoire couvre la prothèse, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour les prestations 161254-161265, 161291-161302, 161313-161324 et 161335-161346:
L'intervention de l'assurance obligatoire couvre les prothèses, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

Pour la prestation 172690-172701:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre les endoprothèses, le segment contralatéral, les extensions iliaques et/ou aortiques éventuelles, quel que soit leur nombre, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464 et 172690-172701 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs après implantation.

La demande d'intervention, conforme à un formulaire G-Form-I-2 doit être communiquée au Collège des médecins-directeurs par les médecins spécialistes implanteurs dans les trente jours qui suivent l'implantation et pour notification au médecin-conseil.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement ait été complété 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, sont fixées par le Service des soins de santé, la Commission et le Conseil technique médical.

Ce formulaire est établi par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis de la Commission et du Conseil technique médical.

La demande d'intervention doit être signée par deux chirurgiens vasculaires et un radiologue interventionnel liés à l'établissement hospitalier.

La demande d'intervention est évaluée par le Collège des médecins directeurs.

Les résultats d'imagerie médicale qui ont servi à établir l'indication doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

En cas de doute, la demande d'intervention est soumise à la "Commission Peer review endoprothèses" instituée auprès du Collège des médecins-directeurs. Cette Commission Peer review est composée d' un radiologue de l'Union nationale des

Radiologues (UNR), d'un radiologue de la Société royale belge de radiologie (SRBR) et de quatre chirurgiens vasculaires de la Société belge de chirurgie vasculaire (SBCV).

Les membres du Collège des médecins-directeurs, la Commission et le Conseil technique médical peuvent assister à la réunion de cette Commission Peer review. Cette commission Peer review est convoquée, par le Service, en réunion ou par téléconférence.

La "Commission Peer review endoprothèses" a toujours la possibilité d'inviter le médecin spécialiste implanteur pour qu'il vienne personnellement présenter ses dossiers.

La demande d'intervention, accompagnée de l'avis motivé de la "Commission Peer review endoprothèses", sera alors à nouveau soumise au Collège des médecins directeurs qui prendra l'ultime décision d'intervention de l'assurance obligatoire ou de refus.

Dans les trente jours qui suivent la réception de la demande d'intervention de l'assurance obligatoire, les informations suivantes sont transmises simultanément et immédiatement à l'organisme assureur, à l'équipe qui a introduit la demande et au pharmacien hospitalier :
- la décision du Collège des médecins directeurs si le dossier ne doit pas être soumis à la "Commission Peer review endoprothèses »;
- le renvoi du dossier à la "Commission Peer review endoprothèses".

Après l'implantation, il convient d'évaluer la situation du bénéficiaire à sa sortie de l'établissement hospitalier et après trois, douze, vingt-quatre et trente-six mois. Les documents de suivi (formulaire G-Form-I-3) sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire et un rapport récapitulatif des implantations accompagné des documents de suivi est transmis par l'établissement hospitalier une fois par an au Collège des médecins-directeurs, comme précisé au point 1..

Les documents de suivi (formulaire G-Form-I-3) sont établis par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis de la Commission et du Conseil technique médical.

4.2. Remplacement
En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, et 161416-161420 et 172690-172701 ne peuvent être attestées qu'une fois par hospitalisation et ne peuvent pas être cumulées entre elles.

La prestation 172690-172701 n'est pas cumulable

avec les prestations 160532 – 160543, 160554 - 160565, 160613 – 160624 ou 160635 – 160646.

La prestation 172712-172723 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 172690-172701.

Le nombre de prestations 172712-172723 lors d'une intervention ne peut pas être supérieur au nombre de branches ou fenêtres de l'endoprothèse attestée sous la prestation 172690-172701.

5.2. Autres règles
Le montant de l'intervention pour la prestation est un forfait par intervention qui couvre le coût de l'implant total, nonobstant le nombre, les éléments qui le composent et/ou tous les accessoires.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
La "Commission Peer review endoprothèses" fera chaque année une évaluation des données collectées avec rapport à la

Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

7. Divers
Pas d’application

G-§05
Prestations liées

161475	161486
161490	161501
161512	161523

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
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 161475-161486 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention. La demande d'une intervention est transmise par le pharmacien hospitalier au Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire G-Form-I-06 accompagné des éléments suivants :

- un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin qui a effectué la prestation 589116 - 589120 de la nomenclature.

- une (des) copie(s) de la (des) facture(s) du distributeur à l'établissement hospitalier pour tous les dispositifs mentionnés dans le formulaire G-Form-I-06.

Le rapport médical circonstancié et signé par le médecin-spécialiste ayant effectué l'intervention reprend, en plus de la description des lésions, le résultat à atteindre et le résultat obtenu, et de façon détaillée quels dispositifs (distributeur, type de dispositif, dimensions, nombre, quantité,…) ont été utilisés pour l'embolisation effective.

4.2. Remplacement
En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 161475-161486, 161490-161501 ou 161512-161523 ne peuvent pas être attestées pour couvrir le matériel utilisé lors d'une vertébroplastie ou cyphoplastie.

Les dispositifs utilisés pour ouvrir ou fermer l'accès artériel et/ou veineux ne peuvent pas être attestés sous la prestation 161475 – 161486. Les colles tissulaires ne peuvent pas être attestées sous la prestation 161475 – 161486.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers

Pas d’application

G-§06
Prestations liées

161770 **161781**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relative au système de stabilisation du tissu myocardique, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul
Selon le matériel utilisé, les prestations 159655-159666, 161770-161781 et 159051-159062 peuvent être cumulées. La prestation 161770-161781 ne peut être attestée que si, en plus des greffes artérielles (a. mamaria), des greffes veineuses (v. saphène) sont également utilisées.

5.2 Autres règles
Pas d'application

5.3 Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§07
Prestations liées

161910 161921

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux dispositifs utilisés lors d'un traitement complet endoveineux unilatéral ou bilatéral des varices des membres inférieurs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 161910-161921 ne peut être attestée qu'une seule fois par bénéficiaire.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§08

Prestations liées

161652	161663
161674	161685
161696	161700
161711	161722
161733	161744
161755	161766
161770	161781
161792	161803
161814	161825
180316	180320

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

Les prestations 161652-161663, 161674-161685 et 180316-180320 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles
Les prestations 161652-161663, 161674-161685 et 180316-180320 ne peuvent être facturées qu'une seule fois durant une seule session opératoire.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§09
Prestations liées

171216	171220
171231	171242
171253	171264
171275	171286
171290	171301
171312	171323
171916	171920
171931	171942
171953	171964

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301, 171312-171323, 171916-171920, 171931-171942 et 171953-171964 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:
- L'établissement hospitalier doit disposer d'une équipe qui dispose au moins de deux chirurgiens équivalent temps plein dont l'un dispose d'une expertise théorique et clinique en pathologie vasculaire et d'une expérience dans le traitement concerné d'ischémie critique des membres inférieurs et au moins un interniste équivalent temps plein.
ET
- L'établissement hospitalier doit disposer d'un service de "chirurgie vasculaire", accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
ET
- L'établissement hospitalier doit disposer d'une expérience quotidienne des lésions vasculaires obstructives.
ET
- L'établissement hospitalier doit disposer d'un laboratoire vasculaire non invasif dans lequel un doppler, un échodoppler et une mesure transcutanée de la diffusion d'oxygène peuvent être effectués.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301, 171312-171323, 171916-171920, 171931-171942 et 171953-171964 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion
Le bénéficiaire souffre d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs et satisfait à tous les critères d'inclusion:
1) Ischémie critique des membres inférieurs avec douleur au repos depuis au moins 1 mois, avec ou sans gangrène limitée (max. 2 orteils ou nécrose superficielle du talon), avec ou sans ulcère artériel (inférieur à 3 cm et superficiel), sans infection active au niveau des lésions trophiques;
La gravité des affections vasculaires ischémiques doit être démontrée par des données cliniques, par le résultat d'une courbe de doppler à hauteur de la cheville, par des images d'artériographie et par une évaluation de la microcirculation. L'évaluation de la microcirculation est effectuée au moyen des résultats d'une diffusion d'oxygène transcutanée chez le patient en position couchée et en position jambes pendantes;
ET
2) Résultats positifs obtenus pendant la période de test qui doit obligatoirement être exécutée:
Une thérapie d'essai de quinze jours minimum avec électrode implantée par voie percutanée ou extension chirurgicale doit être réalisée après accord du Collège des médecins directeurs dans un des cas suivants:
- la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée se situe entre 10 mm Hg et 30 mm Hg ou est égale à 10 mm Hg;
- la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée est inférieure à 10 mm Hg, mais remonte à 20 mmHg ou plus avec le pied en position pendante.
Les résultats de la thérapie d'essai sont considérés comme positifs si la douleur est diminuée d'au moins de 50% et si on peut réduire la prise d'antalgiques grâce à la neurostimulation d'essai avec une amélioration manifeste de la qualité de vie;
ET
3) Une revascularisation durable est hautement improbable;
ET
4) Pression de perfusion distale inférieure à 50 mmHg, avec un index de pression cheville / bras inférieur à 35 % ou en cas de calcinose diabétique de la média, absence de pulsations périphériques;
ET
5) L'espérance de vie est de cinq ans ou plus;
ET
6) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Critères d'exclusion
- Toute contre-indication chirurgicale d'une telle intervention
OU
- les contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie
OU
- d'autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (affection cardiovasculaire grave, coagulopathie, ...)

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301 et 171312-171323 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition
Pas d'application

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Condition de garantie
Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301 et 171312-171323, les garanties suivantes doivent être données:

Défaut du dispositif:
Une garantie (warranty) en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de quinze mois.

Durée de vie:
Une garantie de quinze mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux en cas d'end-of-life et une garantie de vingt-quatre mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs bilatéraux en cas d'end-of-life.

4. Procédure de demande et formulaires
4.1. Première implantation
Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171916-171920 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la stimulation d'essai liée aux prestations 171216-171220 et 171231-171242 doit être envoyée préalablement à l'intervention par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs via le formulaire G-Form-I-04 signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
La demande est soumise à la «Commission Peer review Neurostimulation» instaurée par le Collège des médecins-directeurs. Le Collège transmet la demande à cette Commission endéans les trente jours après réception. La Commission Peer Review est composée d'au moins trois membres désignés par l'Association belge de Chirurgie vasculaire. Dans cette commission, au moins un membre de chaque groupe linguistique a un siège. Les membres du Collège des médecins-directeurs et le Conseil Technique des Implants peuvent assister à la réunion de cette Commission Peer Review. Cette Commission Peer Review est convoquée par le Service en assemblée.

La «Commission Peer Review Neurostimulation» a toujours la possibilité d'inviter le médecin-spécialiste implanteur pour venir présenter personnellement ses dossiers.

Ensuite, la demande de remboursement est de nouveau soumise avec avis motivé de la «Commission Peer Review Neurostimulation» au Collège des médecins-directeurs qui prend la décision finale de remboursement par l'assurance obligatoire ou de refus de la stimulation d'essai

Endéans les trente jours qui suivent la réception au Collège de cet avis, la décision du Collège des médecins-directeurs doit être communiquée simultanément et immédiatement au médecin conseil, au médecin spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier

En cas d'un avis positif pour une stimulation d'essai le médecin-spécialiste implanteur doit ensuite transmettre le résultat obtenu lors d'une stimulation d'essai au Collège des médecins-directeurs qui le renvoie endéans les trente jours après réception pour avis à la Commission peer review. Sur base de l'avis de la Commission peer review le Collège prend une décision de remboursement du neurostimulateur définitif endéans les trente jours qui suivent la réception au Collège de l'avis de la Commission Peer Review. La décision doit être communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au médecin spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier

Les documents (y compris les follow-up) desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions susmentionnées pour l'implantation, doivent toujours être présents dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 171253-171264, 171290-171301, 171916-171920, 171953-171964 doit être envoyée au collège de médecins-directeurs avant l'implantation par le médecin-spécialiste implanteur, via le formulaire G-Form-I-05 signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. La raison du remplacement

doit obligatoirement être indiquée.

La demande d'intervention doit être soumise à la « Commission Peer Review Neurostimulation » instaurée par le Collège des médecins-directeurs, et fonctionnant comme décrite sous 4.1.

La procédure à suivre est identique à celle d'une première implantation, sans qu'une nouvelle stimulation d'essai soit effectuée.

Endéans les trente jours qui suivent la réception au Collège de l'avis de la Commission Peer Review, la décision du Collège des médecins-directeurs, sur base de l'avis de la Commission Peer Review Neurostimulation, est communiquée simultanément et directement au médecin-conseil, au médecin-spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier

4.3. Remplacement prématuré

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 171275-171286 et 171312-171323 doit être envoyée au Collège de médecins-directeurs avant l'implantation par le médecin-spécialiste implanteur, via le formulaire G-Form-I-05 signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. La raison du remplacement anticipé doit obligatoirement être indiquée.

La demande d'intervention doit être soumise à la « Commission Peer Review Neurostimulation » instaurée par le Collège des médecins-directeurs, et fonctionnant comme décrit sous 4.1.

La procédure à suivre est identique à celle d'une première implantation, sans qu'une nouvelle stimulation d'essai soit effectuée.

Endéans les trente jours qui suivent la réception par le Collège de l'avis de la Commission Peer Review, la décision du Collège des médecins-directeurs, sur base de l'avis de la Commission Peer Review Neurostimulation, est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au médecin-spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation
5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Après une stimulation d'essai défavorable, on ne peut pas procéder à l'implantation d'un neurostimulateur définitif. L'électrode d'essai peut être attestée sous la prestation 171931-171942.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

G-§10

Prestations liées

182136	182140
182151	182162
182173	182184

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de thrombectomie ou embolectomie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 182136-182140, 182151-182162 et 182173-182184 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier répond à tous les critères du programme de soins spécialisés "soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » comme décrit dans l'Arrêté Royal de 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés.

2. Critères concernant le bénéficiaire

pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition

Un thrombus retriever est un dispositif endovasculaire constitué d'un maillage métallique fin. Durant le déploiement, le thrombus est emprisonné dans le maillage et peut ensuite être retiré du vaisseau

3.2. Critères

pas d'application

3.3. Conditions de garantie

pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

pas d'application

5. Règles d'attestation

Les prestations 182136-182140, 182151-182162 et 182173-182184 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hospitalisation.

La prestation 182173-182184 peut être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 182151-182162.

La prestation 182151-182162 n'est pas cumulable avec la prestation 161534-161545.

6. Résultats et statistiques

pas d'application

7. Divers

pas d'application

H. Gynécologie

H.1 Glande mammaire

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

161932 - 161943 Aiguille pour biopsie utilisée lors de la prestation 355213-355224 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 24,80*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 24,80*

Date dernière modification : 1/07/2016 Date première publication : 1/07/2014

161954 - 161965 Ensemble du matériel, à l'exception du clip, utilisé lors des prestations 355235-355246 et 355250-355261 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 330,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 330,00*

Conditions de remboursement : *H-§01*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

161976 - 161980 Clip utilisé en combinaison avec la prestation 161954-161965

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 82,65*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 123,97*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 41,32*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 82,65*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

161991 - 162002 Marqueur en métal ou synthétique pour le marquage du canal de ponction de la peau à la lésion

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 24,02*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 24,02*

H. Gynécologie

H.2 Uterus

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162013 - 162024 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 431336 - 431340 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 559,97*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 139,99*
				Montant du remboursement	*€ 419,98*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162035 - 162046 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 431351 - 431362 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 777,97*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 194,49*
				Montant du remboursement	*€ 583,48*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162050 - 162061 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432655 - 432666 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 265,52*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 66,38*
				Montant du remboursement	*€ 199,14*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162072 - 162083 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432670 - 432681 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 559,97*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 139,99*
				Montant du remboursement	*€ 419,98*

Conditions de remboursement : *H-§03*

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162094 - 162105 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432736 - 432740 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 559,97*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 139,99*
				Montant du remboursement	*€ 419,98*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162116 - 162120 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432611 - 432622 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 230,39*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 57,59*
				Montant du remboursement	*€ 172,80*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162131 - 162142 Anse pour l’ablation endoscopique de tissu obstructif et de tumeurs du tractus urogénital, utilisée lors des prestations 432456-432460, 432390-432401 ou 432412-432423 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 41,33*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 22,73*
				Montant du remboursement	*€ 18,60*

Conditions de remboursement : *H-§03*

H.3 Annexes de l'uterus

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162153 - 162164 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432574 - 432585 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 230,39*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 57,59*
				Montant du remboursement	*€ 172,80*

Conditions de remboursement : *H-§03*

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162175 - 162186 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432596 - 432600 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 230,39*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 57,59*
				Montant du remboursement	*€ 172,80*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162190 - 162201 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432633 - 432644 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 230,39*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 57,59*
				Montant du remboursement	*€ 172,80*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162212 - 162223 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable, à l'exception des clips pour stérilisation, utilisé lors de la prestation 432692 - 432703 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 108,48*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 59,66*
				Montant du remboursement	*€ 48,82*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/12/2017 Date première publication : 1/07/2014 **CHANGE**

162234 - 162245 Ensemble des clips pour stérilisation

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement	*€ 70,07*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 38,53*
				Montant du remboursement	*€ 31,54*

H. Gynécologie

H.4 Filets pour la réparation d'un prolapsus

Date dernière modification : 1/06/2017 Date première publication : 1/04/2015

172476 - 172480 Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie abdominale

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	35101
Base de remboursement	*€ 300,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,00*

Conditions de remboursement : *H-§02*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/06/2017

182070 - 182081 Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, y compris les systèmes de placement et d'ancrage

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36401
Base de remboursement	*€ 450,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 450,00*

Conditions de remboursement : *H-§04*

H.5 Divers

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162374 - 162385 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 431373 - 431384 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	*€ 592,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 148,00*
				Montant du remboursement	*€ 444,00*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162396 - 162400 Treillis suburéthral placé par voie transvaginale pour le traitement de l'incontinence de stress lors de la prestation 432751-432762 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 360,37*	*Marge de sécurité (%)*	*15,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 414,42*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 54,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 360,37*

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162411 - 162422 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432073 - 432084 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 235,56*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 58,89*
				Montant du remboursement	*€ 176,67*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162433 - 162444 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432530 - 432541 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 70,25*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 17,56*
				Montant du remboursement	*€ 52,69*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162455 - 162466 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432552 - 432563 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 230,39*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 57,59*
				Montant du remboursement	*€ 172,80*

Conditions de remboursement : *H-§03*

Date dernière modification : 1/07/2017 Date première publication : 1/07/2017

182114 - 182125 Ensemble du matériel de consommation, avec ou sans cathéter, y compris les composants nécessaires pour la préparation de la mousse, utilisée lors d'une hysterosalpingo-foam-sonographie

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 36501

Base de remboursement	*€ 60,44*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 60,44*

Conditions de remboursement : *H-§05*

Conditions de remboursement

H-§01

Prestations liées

161954	161965

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel, à l'exception du clip utilisé lors d'une biopsie assistée par aspiration de la glande mammaire il doit être satisfait à la condition suivante :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les dispositifs utilisés lors de la prestation 161954-161965 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'ils sont utilisés dans une des indications suivantes:
- microcalcifications groupées;
- densités asymétriques;
- distorsions architecturales;
- images stellaires d'origine incertaine;
- densités nodulaires d'un diamètre inférieur ou égal à 1 cm;
- lésions solides d'un diamètre inférieur ou égal à 1 cm;
- lésions prépectorales ou sous-cutanées supérieures à 1 cm;
- lésions démontrées par mammographie avec forte présomption d'adénome fibreux.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première utilisation
Les indications, l'évaluation clinique et les résultats de l'examen histologique doivent être mentionnés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

H-§02
Prestations liées

172476 172480

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie abdominale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 172476-172480 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à un des critères suivants :
- prolapsus de grade 3
- prolapsus de grade 2 avec symptômes fonctionnels après échec du traitement conservateur qui est documenté dans le dossier médical du bénéficiaire.

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 172476-172480 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition
Les filets repris sous la prestation 172476-172480 sont soit des filets composés uniquement de polypropylène de type 1 (macroporeux, monofilament) selon la classification de Amid, soit des filets en polyester de type 3 (multifilament, microporeux) selon la classification de Amid.

3.2. Critères
Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application.

5.2. Autres règles
La prestation 172476-172480 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

H-§03

Prestations liées

162013	162024
162035	162046
162050	162061
162072	162083
162094	162105
162116	162120
162131	162142
162153	162164
162175	162186
162190	162201
162212	162223
162374	162385
162411	162422
162433	162444
162455	162466

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation concernant les filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 182070-182081 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier offre aux bénéficiaires les différents traitements possibles : traitement conservateur, chirurgie de réparation utilisant des tissus autologues, chirurgie utilisant des filets par voie abdominale ou vaginale.

La pose d'indication pour les bénéficiaires décrits sous le point 2 b) est faite par une équipe multidisciplinaire composée au minimum d'un urologue, un gynécologue et un kinésithérapeute avec une qualification professionnelle particulière en rééducation abdomino-pelvienne et périnatale.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 182070-182081 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire ne subit pas une hystérectomie de façon concomitante

a) prolapsus antérieur ou apical après échec d'une chirurgie primaire, le prolapsus résiduel étant de grade 3 ou de grade 2 avec symptômes fonctionnels

ou

b) prolapsus antérieur ou apical de grade 3, avec risque élevé de récidives ou non opérable par voie abdominale

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 182070-182081 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Les filets repris sous la prestation 182070-182081 sont des filets composés de polypropylène de type 1 (macroporeux, monofilament) selon la classification de Amid.

3.2.Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques ou de registres. Les résultats seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement.

- pour une inscription temporaire (pour une période maximum de trois ans) :

au minimum une étude de suivi ou un registre sur au minimum 100 patients suivis pendant minimum 12 mois. L'efficacité sera démontrée de façon qualitative (p-QOL, PISQ 12 ou PFDI-20) et quantitative (POP-Q), les complications (dont érosion, dyspareunie, incontinence urinaire de stress, …) seront décrites. Le taux de succès sera de minimum 85% et le taux d'érosion ne dépassera pas 12%.

- pour une inscription définitive :

Soit fournir au minimum une étude de suivi ou un registre sur au minimum 200 patients suivis pendant minimum 36 mois. L'efficacité sera démontrée de façon qualitative (p-QOL, PISQ 12 ou PFDI-20) et quantitative (POP-Q), les complications (dont érosion, dyspareunie, incontinence urinaire de stress,…) seront décrites. Le taux de succès sera de minimum 85% et le taux d'érosion ne dépassera pas 12%. « Les résultats obtenus ne sont pas inférieurs à ceux obtenus avec une chirurgie réparatrice utilisant les tissus autologues.".

Soit être approuvé par la FDA via un "premarket approval" (PMA) (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative)

Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que le formulaire d'enregistrement H-Form-I-01 reprenant les caractéristiques de référence et les données de suivi et le consentement éclairé du bénéficiaire doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2 Autres règles

La prestation 182070-182081 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Les modalités d'enregistrement des données visées au point 4.1. ainsi que les modalités de transmission de ces données à Healthdata, à la Belgian Association of Urology (BAU), au Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB), à la Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) et à la Commission, sont établies par Healthdata et le Service des soins de santé.

La BAU, le GGOLFB et la VVOG feront tous les 3 ans une évaluation des données collectées avec rapport à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

7. Divers

Pas d'application".

H-§05
Prestations liées

182114 182125

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'hysterosalpingosonographie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 182114-182125 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 182114-182125 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1 Définition

Les dispositifs pour l'évaluation de la perméabilité des trompes ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif résulte de la préparation d'une mousse et qui n'est pas destiné à l'injection intra-utérine d'une combinaison d'air et d'une solution saline.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Pas d'application

4.2. Remplacement

Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2 Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d’application

I. Pneumologie et système respiratoire

I.1 Voies respiratoires

I.1.1 Tuteurs

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162470 - 162481 Tuteur bronchique ou pulmonaire en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162492 - 162503 Tuteur bronchique ou pulmonaire auto-expansible en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 508,52*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 508,52*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162514 - 162525 Tuteur bronchique ou pulmonaire auto-expansible en métal, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.101,12*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.101,12*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162536 - 162540 Tuteur trachéo-bronchique en Y en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 750,76*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 750,76*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162551 - 162562 Brosse de cytologie et/ou pince à biopsie utilisée lors d'une des prestations 471715-471726 ou 471730-471741 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 20,66*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 11,36*
				Montant du remboursement	*€ 9,30*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162573 - 162584 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 471855-471866 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	*€ 146,71*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*25,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 36,67*
				Montant du remboursement	*€ 110,04*

J. Chirurgie plastique et reconstructive

J.1 Implants ou expanseurs tissulaires

J.1.1 Reconstruction de la glande mammaire

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

162595 - 162606 Implant mammaire ou expanseur tissulaire sur mesure

Catégorie de remboursement : I.F.a

Base de remboursement	*CMD*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*CMD*

Conditions de remboursement : *J-§01*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

162610 - 162621 Implant mammaire rond ou expanseur tissulaire mammaire définitif rond, remplis d'un gel silicone ou d'une solution saline, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 380,39*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 380,39*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 380,39*

Conditions de remboursement : *J-§02*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

162632 - 162643 Implant mammaire anatomique ou expanseur tissulaire mammaire définitif anatomique, remplis d'un gel silicone ou d'une solution saline, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 550,56*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 550,56*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 550,56*

Conditions de remboursement : *J-§02*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

162654 - 162665 Implant mammaire rond ou expanseur tissulaire mammaire définitif rond, remplis d'un gel silicone et d'une solution saline, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 680,69*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 680,69*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 680,69*

Conditions de remboursement : *J-§02*

J. Chirurgie plastique et reconstructive

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

162676 - 162680 Implant mammaire anatomique ou expanseur tissulaire mammaire définitif anatomique, remplis d'un gel silicone et d'une solution saline, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 986,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 986,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 986,00*

Conditions de remboursement : *J-§02*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

162691 - 162702 Expanseur tissulaire temporaire non-anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 430,44*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 430,44*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 430,44*

Conditions de remboursement : *J-§02*

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

162713 - 162724 Expanseur tissulaire temporaire anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 586,59*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 586,59*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 586,59*

Conditions de remboursement : *J-§02*

J.1.2 Non-reconstruction de la glande mammaire

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/07/2014

162735 - 162746 Expanseur tissulaire temporaire pour une reconstruction non mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 430,44*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 430,44*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 430,44*

Conditions de remboursement : *J-§02*

Conditions de remboursement

J-§01

Prestations liées

162595	162606

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux implants mammaires ou expanseurs tissulaires sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. première implantation
La prestation 162595-162606 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalablement à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs, qui fixe le montant de l'intervention sur la base d'une demande motivée.
Après implantation, cette demande est transmise, par le médecin spécialiste implanteur, au Collège des médecins-directeurs.
Cette demande comporte :
- un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste implanteur justifiant l'utilisation d'un implant sur mesure;
- un devis ou une facture détaillé émanant de la firme qui a fabriqué l'implant.
La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

4.2. remplacement
En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. remplacement prématuré
Pas d'application.

4.4. dérogation de la procedure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

J-§02

Prestations liées

162610	162621
162632	162643
162654	162665
162676	162680
162691	162702
162713	162724
162735	162746

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants mammaires et aux expanseurs tissulaires, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant:
- ayant subi l'intervention 251576-251580, 251650-251661, 252593-252604, 252453-252464, 252475-252486, 252512-252523, 252630-252641, 252733-252744, 252755-252766 ou 252770-252781 de la nomenclature
- en cas de dysphorie de genre.

La prestation 162735-162746 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :
l'excision de tumeurs de la peau ou de cicatrices ou la reconstruction d'anomalies congénitales ou traumatiques.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
L'accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, pour les prestations 251576-251580 et 251650-251661 de la nomenclature implique un accord du médecin conseil pour les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724.
Dans les autres cas, il n'y a pas d'obligation administrative.

4.2. Remplacement
L'accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, pour la prestation 252630-252641 de la nomenclature implique un accord du médecin conseil pour les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724.

Dans les autres cas, il n'y a pas d'obligation administrative.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application.

5.2.Autres règles
Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724 est autorisée lors des prestations 251576-251580, 251650-251661, 252593-252604, 252453-252464, 252475-252486, 252512-252523, 252630-252641, 252733-252744, 252755-252766 ou 252770-252781 de la nomenclature et en cas de dysphorie de genre.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application.

7. Divers
Pas d'application.

K. Chirurgie en général

K.1 Colles tissulaires

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162750 - 162761 Remboursement de base pour colle chirurgicale pour usage interne (par intervention)

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement	*€ 47,05*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 25,87*
				Montant du remboursement	*€ 21,18*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162772 - 162783 Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement lors d'une intervention cranio-spinale intradurale (par intervention)

Catégorie de remboursement : I.E.d **Liste Nom.** 32901

Base de remboursement	*€ 319,32*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 175,62*
				Montant du remboursement	*€ 143,70*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162794 - 162805 Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement lors d’une chirurgie du coeur ou des gros vaisseaux sanguins intrathoraciques (par intervention)

Catégorie de remboursement : I.E.d **Liste Nom.** 32902

Base de remboursement	*€ 518,53*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 285,19*
				Montant du remboursement	*€ 233,34*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162816 - 162820 Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par intervention)

Catégorie de remboursement : I.E.d **Liste Nom.** 32903

Base de remboursement	*€ 518,53*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 285,19*
				Montant du remboursement	*€ 233,34*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K. Chirurgie en général

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/08/2017

182195 - 182206 Colle chirurgicale pour usage interne spécifiquement destinée à être utilisée en contact avec du tissu pulmonaire (par intervention)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	32904
Base de remboursement	*€ 518,53*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 285,19*
				Montant du remboursement	*€ 233,34*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K.2 Produits hémostatiques

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162831 - 162842 Agent hémostatique utilisé spécifiquement lors d'une chirurgie du coeur ou des gros vaisseaux sanguins intrathoraciques (par pièce)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33001
Base de remboursement	*€ 255,26*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 140,39*
				Montant du remboursement	*€ 114,87*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162853 - 162864 Agent hémostatique utilisé spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par pièce)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33002
Base de remboursement	*€ 255,26*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 140,39*
				Montant du remboursement	*€ 114,87*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K.3 Anti-adhésifs

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162875 - 162886 Anti-adhésif à base de polymères synthétiques ou d'un mixte de polymères naturels (non-bovins) et synthétiques utilisé spécifiquement lors d'une intervention craniospinale (par pièce)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33101
Base de remboursement	*€ 279,28*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 153,60*
				Montant du remboursement	*€ 125,68*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K. Chirurgie en général

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162890 - 162901 Anti-adhésif à base de polymères naturels (non-bovins) utilisé spécifiquement lors d'une intervention cranio-spinale (par cm²)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33102
Base de remboursement	*€ 6,01*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 3,30*
				Montant du remboursement	*€ 2,71*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162912 - 162923 Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie de la main (par pièce)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33103
Base de remboursement	*€ 222,23*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 122,22*
				Montant du remboursement	*€ 100,01*

Conditions de remboursement : *K-§01*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

162934 - 162945 Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie gynécologique (par intervention)

Catégorie de remboursement :	I.E.d			**Liste Nom.**	33104
Base de remboursement	*€ 164,17*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 90,29*
				Montant du remboursement	*€ 73,88*

Conditions de remboursement : *K-§01*

K.4 Matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162956 - 162960 Ensemble du matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving utilisé à l'occasion d'une intervention neurochirurgicale, thoracique, vasculaire, orthopédique ou abdominale majeure avec perte de sang importante

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
Base de remboursement	*€ 180,80*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 180,80*

Conditions de remboursement : *K-§02*

Conditions de remboursement

K-§01

Prestations liées

162750	162761
162772	162783
162794	162805
162816	162820
162831	162842
162853	162864
162875	162886
162890	162901
162912	162923
162934	162945
182195	182206

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux colles tissulaires, aux produits hémostatiques et aux anti-adhésifs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820, 182195-182206, 162831-162842, 162853-162864, 162875-162886, 162890-162901, 162912-162923 et 162934-162945 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1 Définition
Pas d'application

3.2 Critères
Les prestations 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820, 182195-182206, 162831-162842, 162853-162864, 162875-162886, 162890-162901, 162912-162923 et 162934-162945 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si les résultats d'au moins une étude clinique (rétrospective ou prospective) relative à l'efficacité et la sécurité du produit et ses champs d'application (pas de case report) sont publiés dans un journal peer reviewed. Dans ces études, les éléments suivants sont au minimum décrits :
- les indications;
- les critères d'inclusion et d'exclusion;
- un follow-up pertinent;
- les résultats.

Les données sont traitées selon les méthodes statistiques validées couramment utilisées. Les résultats des études sont significatifs et cliniquement pertinents.
En complément à l'évidence publiée, la Commission peut se faire conseiller par des experts en la matière.

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pour la prestation 182195-182206, le résultat du test sous eau pour la classification de la fuite d'air doit être mentionné dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 162750-162761, 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820 et 182195-182206 ne sont pas cumulables entre elles.
Les prestations 162750-162761, 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820 et 182195-182206 ne sont pas cumulables avec les spécialités pharmaceutiques à base de colle liquide de fibrine.
Les prestations 162875-162886 et 162890-162901 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles
a) La prestation 162816-162820 ne peut être attestée que lorsque la colle a été utilisée lors d' une des prestations de la nomenclature suivantes: 242292-242303, 242314-242325, 242336-242340, 242351-242362, 242395-242406, 242410-242421, 242491-242502, 242631-242642, 242653-242664, 242756-242760, 242771-242782, 243655-243666, 244856-244860, 318076-318080, 318334-318345, 261671-261682, 261715-261726, 261693-261704, 242034-242045, 242056-242060, 242071-242082, 242093-242104, 318275-318286, 318290-318301, 318010 - 318021, 318054 - 318065, 318312 - 318323, 318393 – 318404.
b) La prestation 162794-162805 ne peut être attestée que lorsque la colle a été utilisée durant une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229036-229040, 229073-229084, 229552-229563, 229574-229585, 318054-318065, 229596-229600, 229611-229622, 229515-229526, 229530-229541, 229633-229644.
c) La prestation 162853-162864 ne peut être attestée que lorsque le produit hémostatique a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 242292-242303, 242314-242325, 242336-242340, 242351-242362, 242395-242406, 242410-242421, 242491-242502, 242631-242642, 242653-242664, 242756-242760, 242771-242782, 243655-243666, 244856-244860, 318076-318080, 318334-318345, 261671-261682, 261715-261726, 261693-261704, 242034-242045, 242056-242060, 242071-242082, 242093-242104, 318275-318286, 318290-318301, 318010 - 318021, 318054 - 318065, 318312 - 318323, 318393 – 318404.
d) La prestation 162831-162842 ne peut être attestée que lorsque le produit hémostatique a été utilisé durant une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229036-229040, 229073-229084, 229552-229563, 229574-229585, 318054-318065, 229596-229600, 229611-229622, 229515-229526, 229530-229541, 229633-229644.
e) Les prestations 162875-162886 et 162890-162901 ne peuvent être attestées que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 281772-281783, 281713-281724, 281735-281746, 281816-281820, 281831-281842, 281853-281864, 281116-281120, 281794-281805, 232794-232805.
f) La prestation 162912-162923 ne peut être attestée que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 287733-287744, 287755-287766, 276452-276463, 276474-276485, 276496-276500, 276511-276522.
g) La prestation 162934-162945 ne peut être attestée que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes et exclusivement pour des femmes de moins de quarante ans avec un désir de grossesse : 431115-431126, 431395-431406, 431432-431443, 431550-431561, 431594-431605, 431653-431664, 432316-432320, 432530-432541, 432574-432585, 432596-432600, 432611-432622, 432552-432563, 431211-431222, 431572-431583, 431616-431620, 243751-243762.
h) La prestation 182195-182206 ne peut être attestée que si la colle est utilisée à l'occasion d'une des prestations suivantes de la nomenclature et uniquement chez des adultes avec une fuite d'air sévère intra-opératoire (grade 2 ou 3 selon la classification de Macchiarini) qui ne pouvait être scellée par une autre technique standard: 227194 – 227205; 227216 – 227220; 227253 – 227264; 227371 – 227382; 227393 – 227404; 227474 – 227485; 227533 – 227544; 227334 – 227345; 227452 – 227463; 227570 – 227581; 227290 – 227301; 227275 – 227286; 227312 – 227323; 318054 – 318065.

5.3. Dérogation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

K-§02
Prestations liées

162956 162960

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'ensemble du matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 162956-162960 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1 Définition
Le terme "cell-saving" de la prestation 162956-162960 représente la procédure par laquelle le sang perdu est, lors de l'aspiration, immédiatement mélangé à un anticoagulant et est ensuite filtré dans un réservoir. De ce réservoir, le sang est amené par une pompe dans une centrifugeuse où les cellules sont séparées du plasma. Le plasma résiduel entre les cellules est alors éliminé par rinçage et la masse cellulaire peut ensuite être rendue au bénéficiaire en utilisant ou non un filtre.

3.2 Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 162956-162960 peut seulement être attestée une fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L. Orthopédie et traumatologie

L.1 Colonne vertébrale

L.1.1 Cyphoplastie et Vertébroplastie

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

162971 - 162982 Matériel de consommation pour cyphoplastie avec ballon, utilisé à l'occasion de la prestation 589676-589680 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	*€ 0,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 0,00*

Conditions de remboursement : *L-§01*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

162993 - 163004 Ciment pour cyphoplastie avec ballon utilisé conjointement à la prestation 162971-162982, par niveau, maximum deux niveaux

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 82,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 82,08*

Conditions de remboursement : *L-§01*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

171975 - 171986 Ciment pour vertébroplastie, par niveau, maximum deux niveaux

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 82,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 82,08*

L.1.2 Disque intervertébral

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

163015 - 163026 Prothèse pour le remplacement d'un disque intervertébral lombaire total, pour l'ensemble des éléments

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33201

Base de remboursement	*€ 1.800,00*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.980,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 180,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.800,00*

Conditions de remboursement : *L-§02*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

163030 - 163041 Insert ou noyau, en polyéthylène, d'une prothèse totale de disque lombaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33202
Base de remboursement	*€ 260,26*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 286,28*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 26,02*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 260,26*

Conditions de remboursement : *L-§02*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

163052 - 163063 Insert ou noyau, en polyéthylène highly cross-linked, d'une prothèse totale de disque lombaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33203
Base de remboursement	*€ 260,26*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 286,28*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 26,02*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 260,26*

Conditions de remboursement : *L-§02*

L.1.3 Cage

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

171990 - 172001 Ensemble des implants d'arthrodèse non mobile (cages) pour placement dans l'espace intervertébral cervical, par niveau

Catégorie de remboursement :	I.D.a				
Base de remboursement	*€ 387,40*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 387,40*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172012 - 172023 Ensemble des implants d'arthrodèse non mobile (cages) pour placement dans l'espace intervertébral thoraco-lombaire, par niveau

Catégorie de remboursement :	I.D.a				
Base de remboursement	*€ 837,85*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 837,85*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172034 - 172045 Ensemble des cages ou cales de corporectomie, y compris les éléments de fixation, end-cap ou end-ring

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 1.200,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.200,00*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172056 - 172060 Ensemble des vis ou ancres osseuses pour fixer une cage à la colonne vertébrale, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 240,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 240,00*

L.1.4 Tige

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172071 - 172082 Tige longitudinale pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 120,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 120,00*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172093 - 172104 Deux tiges y compris tous les éléments supplémentaires pour fixation à l'occiput, y compris les vis occipitales

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 600,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 600,00*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172115 - 172126 Vis d'ancrage pour fixation de la tige, y compris le connecteur, les accessoires (staple, washer, ...) et toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 290,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 290,00*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172130 - 172141 Crochet ou clamp réductible d'ancrage pour fixation de la tige, y compris le connecteur, la bande de fixation, les accessoires (staple, washer, ...) et toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 290,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 290,00*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172152 - 172163 Point d'ancrage (ilio-)sacral avec 2 vis d'ancrage ou plus sur l'ilium et/ou le sacrum, fixées ensemble à la tige, y compris toutes les pièces de connexion, de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 720,73*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 720,73*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172174 - 172185 Pince d'ancrage (crochet et contre-crochet) pour fixation à la tige, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache, connecteur inclus

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 450,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 450,00*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172196 - 172200 Connexion tranversale entre tiges, pour l'ensemble des composants, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 240,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 240,00*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172211 - 172222 Connexion longitudinale pour tiges, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 110,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 110,00*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172233 - 172244 Total des éléments d'un implant, fixé par 2 crochets/vis sur la même vertèbre, dans le but de corriger une spondylolyse

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 33403

Base de remboursement	*€ 800,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 800,00*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/08/2017

182210 - 182221 Tige magnétique allongeable pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36601

Base de remboursement	*€ 12.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 12.000,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 12.000,00*

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/08/2017

182232 - 182243 Tige magnétique allongeable de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36601

Base de remboursement	*€ 12.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 12.000,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 12.000,00*

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/08/2017

182254 - 182265 Tige magnétique allongeable de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36601
Base de remboursement	*€ 12.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 12.000,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 12.000,00*

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/08/2017

182276 - 182280 Tige magnétique allongeable supplémentaire pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36602
Base de remboursement	*€ 6.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 6.000,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 6.000,00*

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/08/2017

182291 - 182302 Tige magnétique allongeable supplémentaire de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36602
Base de remboursement	*€ 6.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 6.000,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 6.000,00*

Conditions de remboursement : *L-§30*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/08/2017

182313 - 182324 Tige magnétique allongeable supplémentaire de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36602
Base de remboursement	*€ 6.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 6.000,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 6.000,00*

Conditions de remboursement : *L-§30*

L. Orthopédie et traumatologie

L.1.5 Plaque

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172255 - 172266 Plaque pour fixation à la colonne vertébrale au niveau cervical ou thoraco-lombaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 250,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 250,00*

Conditions de remboursement : *L-§05*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172270 - 172281 Vis d'ancrage à la colonne vertébrale d'une plaque cervicale ou thoraco-lombaire, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 60,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 60,00*

L.1.7 Accessoires pour implants de la colonne vertébrale

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

164054 - 164065 Câble pour fixation sublaminaire d’une greffe, de deux vertèbres ou d’une tige, quel que soit le nombre des niveaux, pour l’ensemble du cerclage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 240,20*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 240,20*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164076 - 164080 Ciment, pour fixation complémentaire par injection dans des vis perforées dans la colonne vertébrale pour la totalité, par intervention

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 100,10*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 100,10*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

172292 - 172303 Vis isolée pour fixation d'odontoïde

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 150,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 150,00*

L.1.8 Révision partielle

Date dernière modification : 1/08/2016 Date première publication : 1/08/2016

181016 - 181020 Ensemble des accessoires, connecteurs, éléments d'attache ou de fixation d'un implant d'ancrage ou d'une cage, utilisés lors d'une révision partielle d'implants de la colonne vertébrale

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 120,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 120,00*

L.2 Articulations

L.2.1 Membre supérieur

L.2.1.1 Epaule

L.2.1.1.1 Tiges

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164091 - 164102 Prothèse humérale monobloc

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33601

Base de remboursement	*€ 855,87*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.027,04*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 171,17*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 855,87*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164113 - 164124 Tige pour prothèse humérale modulaire (sur laquelle une tête peut être fixée), pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33602

Base de remboursement	*€ 745,76*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 969,48*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 223,72*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 745,76*

Conditions de remboursement : *L-§06*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164135 - 164146 Tige pour prothèse humérale modulaire (sur laquelle une tête peut être fixée), pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33603	
Base de remboursement	*€ 745,76*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 969,48*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 223,72*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 745,76*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164150 - 164161 Tige humérale de première intention pour prothèse d'épaule inversée (parties diaphysaire et épiphysaire), pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33604	
Base de remboursement	*€ 850,86*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.021,03*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 170,17*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 850,86*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164172 - 164183 Tige humérale de première intention pour prothèse d'épaule inversée (parties diaphysaire et épiphysaire), pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33605	
Base de remboursement	*€ 1.101,12*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.376,40*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 275,28*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.101,12*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164194 - 164205 Partie diaphysaire d'une tige humérale permettant le choix en per-opératoire entre une construction anatomique ou inversée, pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33606	
Base de remboursement	*€ 820,83*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 984,99*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 164,16*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 820,83*

Conditions de remboursement : *L-§06*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164216 - 164220 Partie diaphysaire d'une tige humérale permettant le choix en per-opératoire entre une construction anatomique ou inversée, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33607	
Base de remboursement	*€ 975,99*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.171,18*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 195,19*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 975,99*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164231 - 164242 Partie épiphysaire d'une tige humérale : pièce en métal (exception faite des rehausseurs) permettant de passer d'une prothèse anatomique à une prothèse inversée ou inversément, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33608	
Base de remboursement	*€ 362,37*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 452,96*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 90,59*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 362,37*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164253 - 164264 Tige humérale modulaire longue, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33609	
Base de remboursement	*€ 970,98*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.213,72*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 242,74*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 970,98*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164275 - 164286 Tige humérale modulaire longue verrouillable, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage et les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33610	
Base de remboursement	*€ 1.025,04*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.281,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 256,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.025,04*

Conditions de remboursement : *L-§06*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164290 - 164301 Tige humérale modulaire longue, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33611	
Base de remboursement	*€ 970,98*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.213,72*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 242,74*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 970,98*

Conditions de remboursement : *L-§06*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164312 - 164323 Tige humérale modulaire longue verrouillable, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage et les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33612	
Base de remboursement	*€ 1.025,04*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.281,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 256,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.025,04*

Conditions de remboursement : *L-§06*

L.2.1.1.2 Tête

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164334 - 164345 Prothèse céphalique pour remplacement de la seule tête humérale, dont le diamètre est supérieur ou égal à 35 mm

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33613	
Base de remboursement	*€ 636,65*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 763,98*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 127,33*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 636,65*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164356 - 164360 Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire, pour l'ensemble des composants dont le diamètre est inférieur à 35 mm

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33614	
Base de remboursement	*€ 1.551,57*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.861,88*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 310,31*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.551,57*

Conditions de remboursement : *L-§07*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164371 - 164382 Tête humérale standard ou petite tête interne d'une tête bipolaire, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33615
Base de remboursement	*€ 382,39*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 458,86*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 76,47*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 382,39*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164393 - 164404 Tête humérale bipolaire, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33616
Base de remboursement	*€ 636,65*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 763,98*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 127,33*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 636,65*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164415 - 164426 Tête humérale en céramique, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33617
Base de remboursement	*€ 560,57*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 672,68*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 112,11*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 560,57*

L.2.1.1.3 Glène

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164430 - 164441 Glène pour prothèse de l'épaule - Standard en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33618
Base de remboursement	*€ 330,33*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 396,39*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 66,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 330,33*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

164452 - 164463 Glène pour prothèse de l'épaule - Standard en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33619
Base de remboursement	*€ 330,33*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 396,39*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 66,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 330,33*

Conditions de remboursement : *L-§08*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164474 - 164485 Glène non-modulaire d'une pièce pour prothèse de l'épaule, avec partie externe en métal et partie intérieure recouverte de polyéthylène (metal backed)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33620
Base de remboursement	*€ 437,44*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 524,92*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 87,48*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 437,44*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

164496 - 164500 Glène non-modulaire d'une pièce pour prothèse de l'épaule, avec partie externe en métal et partie intérieure recouverte de polyéthylène highly cross linked (metal backed)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33621
Base de remboursement	*€ 437,44*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 524,92*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 87,48*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 437,44*

Conditions de remboursement : *L-§08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164511 - 164522 Partie externe d'une glène modulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33622
Base de remboursement	*€ 350,36*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 437,95*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 87,59*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 350,36*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164533 - 164544 Partie interne d'une glène modulaire pour prothèse anatomique de l'épaule

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33623
Base de remboursement	*€ 200,20*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 240,24*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 40,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 200,20*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

164555 - 164566 Partie interne d'une glène modulaire pour prothèse anatomique de l'épaule en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33624
Base de remboursement	*€ 200,20*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 240,24*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 40,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 200,20*

Conditions de remboursement : *L-§08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164570 - 164581 Partie interne d'une glène modulaire - implant sphérique pour prothèse d'épaule inversée

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33625
Base de remboursement	*€ 365,37*	*Marge de sécurité (%)*	*35,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 493,24*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 127,87*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 365,37*

L.2.1.1.4 Autres

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164592 - 164603 Cupule humérale pour prothèse d'épaule inversée

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33626
Base de remboursement	*€ 200,20*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 240,24*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 40,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 200,20*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164614 - 164625 Rehausseur pour prothèse d'épaule

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33627
Base de remboursement	*€ 180,18*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 216,21*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 36,03*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 180,18*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164636 - 164640 Spacer en ciment imprégné d'antibiotique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33628
Base de remboursement	*€ 715,73*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 787,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 71,57*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 715,73*

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.1.1.5 Accessoires pour prothèses d'épaule

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164651 - 164662 Vis utilisée lors du placement de la partie glénoïdienne d'une prothèse d'épaule - maximum quatre pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 34,03*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 37,43*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 3,40*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 34,03*

L.2.1.2 Coude

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164673 - 164684 Composant huméral d'une prothèse totale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33701

Base de remboursement	*€ 1.151,17*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.381,40*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 230,23*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.151,17*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164695 - 164706 Composant ulnaire d'une prothèse totale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33702

Base de remboursement	*€ 720,73*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 864,87*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 144,14*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 720,73*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164710 - 164721 Composant pour condyle huméral d'une prothèse unicompartimentale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33703

Base de remboursement	*€ 700,71*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 840,85*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 140,14*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 700,71*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164732 - 164743 Prothèse de la tête radiale, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33704
Base de remboursement	*€ 1.251,27*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.501,52*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 250,25*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.251,27*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164754 - 164765 Prothèse de la tête radiale en silicone, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33705
Base de remboursement	*€ 220,22*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 264,26*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 44,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 220,22*

L.2.1.3 Poignet

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164776 - 164780 Composant radial d'une prothèse totale radio-carpienne de poignet

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33706
Base de remboursement	*€ 1.251,27*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.501,52*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 250,25*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.251,27*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164791 - 164802 Composant carpal d'une prothèse totale radio-carpienne de poignet

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33707
Base de remboursement	*€ 1.501,52*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.801,82*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 300,30*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.501,52*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164813 - 164824 Prothèse de resurfacage du poignet à impacter dans le grand os du carpe

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33708
Base de remboursement	*€ 1.286,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.543,56*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 257,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.286,30*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164835 - 164846 Prothèse de la tête ulnaire, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33709
Base de remboursement	*€ 1.301,32*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.561,58*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 260,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.301,32*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164850 - 164861 Prothèse totale radio-carpienne de poignet en silicone

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33710
Base de remboursement	*€ 550,56*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 660,67*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 110,11*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 550,56*

L.2.1.4 Main

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164872 - 164883 Prothèse de l'os semi-lunaire ou du scaphoïde du carpe

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33711
Base de remboursement	*€ 500,51*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 100,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 500,51*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164894 - 164905 Prothèse d'interposition entre les os du carpe

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33712
Base de remboursement	*€ 500,51*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 100,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 500,51*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164916 - 164920 Prothèse carpo-métacarpienne et/ou trapézo-métacarpienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33713
Base de remboursement	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 720,73*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 120,12*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 600,61*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164931 - 164942 Prothèse métacarpo-phalangienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33714
Base de remboursement	*€ 810,82*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 972,98*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 162,16*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 810,82*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164953 - 164964 Prothèse métacarpo-phalangienne en silicone, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33715
Base de remboursement	*€ 260,26*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 312,31*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 52,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 260,26*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164975 - 164986 Prothèse interphalangienne (doigt), pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33716
Base de remboursement	*€ 1.001,02*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.201,22*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 200,20*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.001,02*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

164990 - 165001 Prothèse interphalangienne (doigt) en silicone, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33717
Base de remboursement	*€ 260,26*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 312,31*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 52,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 260,26*

L.2.1.5 Autres

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

165012 - 165023 Implants pour tendons de doigt

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33718
Base de remboursement	*€ 360,37*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 432,44*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 72,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 360,37*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

165034 - 165045 Prothèse totale radio-ulnaire avec appui radial, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33719
Base de remboursement	*€ 5.705,79*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 6.846,94*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 1.141,15*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5.705,79*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

165056 - 165060 Implant pour la cavité sigmoïde du radius

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33720
Base de remboursement	*€ 950,96*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.141,15*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 190,19*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 950,96*

L.2.1.6 Accessoires

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

165071 - 165082 Vis osseuse pour prothèse radio-carpienne de poignet, maximum deux pièces, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 34,03*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 37,43*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 3,40*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 34,03*

L.2.2 Membre inférieur

L.2.2.1 Hanche

L.2.2.1.1 Prothèses fémorales

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165093 - 165104 Tige standard pour placement avec ciment y compris le centraliseur éventuel

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33801
Base de remboursement	*€ 644,65*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 709,11*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 64,46*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 644,65*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165115 - 165126 Tige standard pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33802

Base de remboursement	*€ 810,82*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.054,06*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 243,24*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 810,82*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165130 - 165141 Tige de forme anatomique pour placement avec ciment y compris le centraliseur éventuel

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33803

Base de remboursement	*€ 672,68*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 739,94*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 67,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 672,68*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165152 - 165163 Tige de forme anatomique pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33804

Base de remboursement	*€ 900,91*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.171,18*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 270,27*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 900,91*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165174 - 165185 Tige pour révision à placer avec ciment y compris le centraliseur éventuel

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33805

Base de remboursement	*€ 1.239,26*	*Marge de sécurité (%)*	*15,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.425,14*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 185,88*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.239,26*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165196 - 165200 Tige pour révision verrouillable à placer avec ciment y compris le centraliseur éventuel et les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33806

Base de remboursement	*€ 1.293,31*	*Marge de sécurité (%)*	*15,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.487,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 193,99*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.293,31*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165211 - 165222 Tige pour révision pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33807
Base de remboursement	*€ 1.381,40*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.726,75*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 345,35*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.381,40*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165233 - 165244 Tige pour révision verrouillable pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement y compris les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33808
Base de remboursement	*€ 1.435,46*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.794,32*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 358,86*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.435,46*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165255 - 165266 Tige utilisée lors d'une reconstruction de l'os de la hanche, pour placement avec ciment y compris le centraliseur éventuel

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33809
Base de remboursement	*€ 1.517,54*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.669,29*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 151,75*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.517,54*

Conditions de remboursement : *L-§11,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165270 - 165281 Tige verrouillable utilisée lors d'une reconstruction de l'os de la hanche, pour placement avec ciment, y compris le centraliseur éventuel et les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33810
Base de remboursement	*€ 1.571,59*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.728,74*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 157,15*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.571,59*

Conditions de remboursement : *L-§11,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165292 - 165303 Tige utilisée lors d'une reconstruction de l'os de la hanche, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33811
Base de remboursement	*€ 1.909,94*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.909,94*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.909,94*

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : *L-§11,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165314 - 165325 Tige verrouillable utilisée lors d'une reconstruction de l'os de la hanche, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33812
Base de remboursement	*€ 1.963,99*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.963,99*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.963,99*

Conditions de remboursement : *L-§11,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165336 - 165340 Tige destinée à être utilisée lors d'une dysplasie de hanche y compris le centraliseur éventuel

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33813
Base de remboursement	*€ 1.004,02*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.104,42*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 100,40*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.004,02*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165351 - 165362 Prothèse céphalique avec ancrage épiphysaire et/ou métaphysaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33814
Base de remboursement	*€ 810,82*	*Marge de sécurité (%)*	*110,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.702,72*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 891,90*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 810,82*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165373 - 165384 Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33815
Base de remboursement	*€ 1.551,57*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.861,88*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 310,31*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.551,57*

Conditions de remboursement : *L-§12,L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.1.2 Tête pour tige de hanche

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165395 - 165406 Tête pour tige de hanche destinée à être utilisée sans cupule acétabulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33816
Base de remboursement	*€ 185,19*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 203,70*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 18,51*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 185,19*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165410 - 165421 Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabulaire-inox ou chrome/cobalt

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33817
Base de remboursement	*€ 167,17*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 183,88*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 16,71*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 167,17*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165432 - 165443 Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabu-laire - céramique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33818
Base de remboursement	*€ 288,29*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 345,94*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 57,65*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 288,29*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165454 - 165465 Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabulaire - métal en contact avec une surface en métal, avec un diamètre inférieur à 36 mm

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33819
Base de remboursement	*€ 319,32*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 383,18*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 63,86*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 319,32*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165476 - 165480 Tête bipolaire pour tige de hanche

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33820
Base de remboursement	*€ 439,45*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 483,39*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 43,94*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 439,45*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165491 - 165502 Têtes fémorales en céramique à diamètre anatomique et disponible en plusieurs incréments de 1 ou 2 mm à partir de 38 mm, y compris l'adapteur de cône et les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33821
Base de remboursement	*€ 970,98*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.262,27*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 291,29*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 970,98*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/11/2016

172550 - 172561 Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabulaire - métal en contact avec une surface en métal, avec un diamètre supérieur ou égal à 36mm

Catégorie de remboursement :	I.D.a				
Base de remboursement	*€ 0,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 0,00*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.1.3 Partie acétabulaire (cupule)

L.2.2.1.3.1 Cupules non modulaires

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165513 - 165524 Cupule non modulaire en polyéthylène, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33822
Base de remboursement	*€ 176,18*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 193,79*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 17,61*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 176,18*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165535 - 165546 Cupule non modulaire en polyéthylène highly cross-linked y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33823
Base de remboursement	*€ 176,18*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 193,79*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 17,61*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 176,18*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165550 - 165561 Cupule non modulaire d'une pièce, avec partie interne en polyéthylène et partie externe en métal pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33824	
Base de remboursement	*€ 547,56*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 711,82*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 164,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 547,56*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165572 - 165583 Cupule non modulaire d'une pièce, avec partie interne en polyéthylène highly cross-linked et partie externe en métal, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33825	
Base de remboursement	*€ 547,56*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 711,82*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 164,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 547,56*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165594 - 165605 Cupule non modulaire d'une pièce avec revêtement interne pour métal sur métal ou céramique sur céramique, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33826	
Base de remboursement	*€ 958,97*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.150,76*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 191,79*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 958,97*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.1.3.2 Cupules modulaires

L.2.2.1.3.2.1 Partie interne

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165616 - 165620 Partie interne d'une cupule modulaire – polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33827	
Base de remboursement	*€ 184,19*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 276,28*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 92,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 184,19*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165631 - 165642 Partie interne d'une cupule modulaire – polyéthylène highly cross-linked, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33828
Base de remboursement	*€ 184,19*	*Marge de sécurité (%)*	*50,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 276,28*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 92,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 184,19*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165653 - 165664 Partie interne d'une cupule modulaire - métal ou céramique pour utilisation avec une tête en métal ou céramique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33829
Base de remboursement	*€ 445,45*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 534,54*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 89,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 445,45*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.1.3.2.2 Partie externe

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165675 - 165686 Partie externe d'une cupule modulaire – standard, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33830
Base de remboursement	*€ 445,45*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 534,54*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 89,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 445,45*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165690 - 165701 Partie externe d'une cupule modulaire - pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement , y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33831
Base de remboursement	*€ 543,55*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 652,26*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 108,71*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 543,55*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/04/2015

170671 - 170682 Partie externe monobloc d'une cupule modulaire de reconstruction du cotyle, à fixation iliaque intramédullaire, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33833	
Base de remboursement	*€ 1.341,36*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.609,63*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 268,27*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.341,36*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/04/2015

170693 - 170704 Partie externe d'une cupule modulaire en métal poreux spécialement conçue pour reconstruction, où les défects osseux peuvent être comblés par des éléments modulaire séparés

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33834	
Base de remboursement	*€ 1.031,05*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.237,26*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 206,21*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.031,05*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/04/2015

170715 - 170726 Partie externe d'une cupule modulaire spécialement conçue pour reconstruction avec des éléments fixes pour fixation extra-acétabulaire au moyen de minimum 3 pattes avec 2 points de fixation par patte, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33835	
Base de remboursement	*€ 1.551,57*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.861,88*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 310,31*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.551,57*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.1.4 Spacer

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165712 - 165723 Spacer en ciment avec antibiotique

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	33832	
Base de remboursement	*€ 715,73*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 787,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 71,57*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 715,73*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.1.5 Prothèses articulaires sur mesure adaptées au canal fémoral

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165734 - 165745 Tige anatomique sur mesure, adaptée au canal fémoral, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, pour l'ensemble des éléments

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33901
Base de remboursement	*€ 900,91*	*Marge de sécurité (%)*	*30,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.171,18*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 270,27*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 900,91*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165756 - 165760 Tige pour révision sur mesure, adaptée au canal fémoral, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, pour l'ensemble des éléments

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33902
Base de remboursement	*€ 1.381,40*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.726,75*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 345,35*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.381,40*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165771 - 165782 Tête sur mesure, utilisée en combinaison avec une tige décrite sous 165734-165745 ou 165756-165760

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33903
Base de remboursement	*€ 167,17*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 183,88*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 16,71*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 167,17*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.1.6 Accessoires pour prothèses de hanche

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

165793 - 165804 Vis ou plot utilisé lors du placement d'une cupule acétabulaire - maximum cinq pièces, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 34,03*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 37,43*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 3,40*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 34,03*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

170730 - 170741 Vis ou plot utilisé lors du placement d'une cupule acétabulaire de reconstruction

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 34,03*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 37,43*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 3,40*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 34,03*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/07/2014

165815 - 165826 Accessoires acétabulaires utilisés lors d'une révision pour la prévention d'une luxation

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 168,17*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 201,80*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 33,63*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 168,17*

Date dernière modification : 1/04/2015 Date première publication : 1/04/2015

170752 - 170763 Support acétabulaire pour cupule

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 220,22*	*Marge de sécurité (%)*	*35,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 297,29*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 77,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 220,22*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/04/2015

170774 - 170785 Implant de reconstruction modulaire pour remplissage des défects osseux cotyloïdiens (cales, renforts, obturateurs … acétabulaires), y compris toutes les pièces de fixation à la cupule, par pièce

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 33836

Base de remboursement	*€ 875,89*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.051,06*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 175,17*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 875,89*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2 Genou

L.2.2.2.1 Composants fémoraux

L.2.2.2.1.1 Unicondylaire

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165874 - 165885 Composant fémoral unicondylaire, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34001	
Base de remboursement	*€ 970,98*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.165,17*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 194,19*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 970,98*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165896 - 165900 Composant fémoral unicondylaire pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34002	
Base de remboursement	*€ 1.201,22*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.441,46*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 240,24*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.201,22*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.2.1.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165911 - 165922 Composant fémoral bicondylaire, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34003	
Base de remboursement	*€ 1.281,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.537,56*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 256,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.281,30*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165933 - 165944 Composant fémoral bicondylaire pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34004	
Base de remboursement	*€ 1.281,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.537,56*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 256,26*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.281,30*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165955 - 165966 Composant fémoral bicondylaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34005
Base de remboursement	*€ 1.401,42*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.681,70*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 280,28*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.401,42*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

165970 - 165981 Composant fémoral bicondylaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34006
Base de remboursement	*€ 1.401,42*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.681,70*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 280,28*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.401,42*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/05/2015

171113 - 171124 Composant fémoral bicondylaire pour révision, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34070
Base de remboursement	*€ 1.579,65*	*Marge de sécurité (%)*	*25,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.974,56*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 394,91*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.579,65*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166036 - 166040 Composant fémoral bicondylaire pour révision, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34009
Base de remboursement	*€ 1.501,52*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.801,82*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 300,30*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.501,52*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.1.3 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166073 - 166084 Composant fémoral d'une prothèse à charnière modulaire, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34011
Base de remboursement	*€ 1.987,01*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 2.384,41*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 397,40*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.987,01*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.2.1.4 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166095 - 166106 Composant fémoral d'une prothèse bicompartimentale, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34012
Base de remboursement	*€ 1.201,22*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.441,46*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 240,24*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.201,22*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.2.1.5 Implant de surface

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166110 - 166121 Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire (excepté au niveau de la trochlée), pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34013
Base de remboursement	*€ 1.551,57*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.861,88*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 310,31*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.551,57*

Conditions de remboursement : *L-§15,L-§09*

L.2.2.2.2 Composants tibiaux

L.2.2.2.2.1 Unicondylaire

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166132 - 166143 Composant tibial unicondylaire monobloc en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34014
Base de remboursement	*€ 650,66*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 780,79*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 130,13*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 650,66*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166154 - 166165 Composant tibial unicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34015

Base de remboursement	*€ 650,66*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 780,79*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 130,13*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 650,66*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166176 - 166180 Composant tibial unicondylaire monobloc metal-backed, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34016

Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166191 - 166202 Composant tibial unicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34017

Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166213 - 166224 Embase tibiale unicondylaire pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34018

Base de remboursement	*€ 650,66*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 780,79*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 130,13*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 650,66*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166235 - 166246 Embase tibiale unicondylaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34019

Base de remboursement	*€ 700,71*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 840,85*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 140,14*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 700,71*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166250 - 166261 Insert unicondylaire en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34020
Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 360,36*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 60,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166272 - 166283 Insert unicondylaire en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34021
Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 360,36*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 60,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

L.2.2.2.2.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166294 - 166305 Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34022
Base de remboursement	*€ 325,33*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 390,39*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 65,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 325,33*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166316 - 166320 Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34023
Base de remboursement	*€ 325,33*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 390,39*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 65,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 325,33*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166331 - 166342 Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34024
Base de remboursement	*€ 897,91*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.077,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 179,58*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 897,91*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166353 - 166364 Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34025
Base de remboursement	*€ 1.121,14*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.345,36*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 224,22*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.121,14*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166375 - 166386 Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34026
Base de remboursement	*€ 800,81*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 960,97*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 160,16*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 800,81*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166390 - 166401 Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34027
Base de remboursement	*€ 800,81*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 960,97*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 160,16*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 800,81*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166412 - 166423 Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34028
Base de remboursement	*€ 950,96*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.141,15*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 190,19*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 950,96*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166434 - 166445 Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34029
Base de remboursement	*€ 950,96*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.141,15*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 190,19*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 950,96*

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/05/2015

171135 - 171146 Insert bicondylaire en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34071
Base de remboursement	*€ 405,08*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 486,09*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 81,01*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 405,08*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166471 - 166482 Insert bicondylaire en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34031
Base de remboursement	*€ 450,46*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 540,55*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 90,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 450,46*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

L.2.2.2.2.3 Bicondylaire (pour révision)

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166530 - 166541 Embase tibiale bicondylaire pour révision, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34034
Base de remboursement	*€ 900,91*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.081,09*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 180,18*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 900,91*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166552 - 166563 Embase tibiale bicondylaire pour révision, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34035
Base de remboursement	*€ 1.001,02*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.201,22*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 200,20*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.001,02*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/05/2015

171150 - 171161 Insert en polyéthylène bicondylaire pour révision

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34072
Base de remboursement	*€ 535,14*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 642,16*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 107,02*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 535,14*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166596 - 166600 Insert bicondylaire en polyéthylène highly cross-linked, pour révision

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34037
Base de remboursement	*€ 500,51*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 100,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 500,51*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

L.2.2.2.2.4 Composant tibial de prothèse à charnière modulaire

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166655 - 166666 Composant tibial d'une prothèse à charnière modulaire monobloc metal-backed, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34040
Base de remboursement	*€ 1.376,40*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.651,68*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 275,28*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.376,40*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166670 - 166681 Embase tibiale d'une prothèse à charnière modulaire, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34041
Base de remboursement	*€ 1.201,22*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.441,46*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 240,24*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.201,22*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166692 - 166703 Insert en polyéthylène d'une prothèse à charnière modulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34042
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166714 - 166725 Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse à charnière modulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34043
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

L.2.2.2.2.5 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166736 - 166740 Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34044
Base de remboursement	*€ 325,33*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 390,39*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 65,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 325,33*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166751 - 166762 Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34045
Base de remboursement	*€ 325,33*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 390,39*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 65,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 325,33*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166773 - 166784 Embase tibiale d'une prothèse bicompartimentale, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34046
Base de remboursement	*€ 800,81*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 960,97*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 160,16*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 800,81*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166795 - 166806 Embase tibiale d'une prothèse bicompartimentale, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34047
Base de remboursement	*€ 950,96*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.141,15*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 190,19*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 950,96*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166810 - 166821 Insert en polyéthylène d'une prothèse bicompartimentale

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34048
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166832 - 166843 Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse bicompartimentale

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34049
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

L.2.2.2.3 Spacer

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166854 - 166865 Spacer en ciment imprégné d’antibiotique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34050
Base de remboursement	*€ 720,73*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 792,80*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 72,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 720,73*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.4 Composants fémoro-patellaires

L.2.2.2.4.1 Trochlée

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166876 - 166880 Trochlée pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34051	
Base de remboursement	*€ 1.016,03*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.219,23*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 203,20*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.016,03*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166891 - 166902 Trochlée pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34052	
Base de remboursement	*€ 1.343,36*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.612,03*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 268,67*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.343,36*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.2.4.2 Rotule

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166913 - 166924 Rotule en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34053	
Base de remboursement	*€ 190,19*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 228,22*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 38,03*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 190,19*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166935 - 166946 Rotule en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34054	
Base de remboursement	*€ 205,21*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 246,25*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 41,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 205,21*

Conditions de remboursement : *L-§08,L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166950 - 166961 Rotule mobile metal-backed, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34055
Base de remboursement	*€ 340,35*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 408,42*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 68,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 340,35*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166972 - 166983 Rotule fixe metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34056
Base de remboursement	*€ 340,35*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 408,42*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 68,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 340,35*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

166994 - 167005 Rotule mobile metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34057
Base de remboursement	*€ 370,38*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 444,45*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 74,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 370,38*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.2.5 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167016 - 167020 Prothèse totale de genou à charnière, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34058
Base de remboursement	*€ 3.053,10*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 3.663,72*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 610,62*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 3.053,10*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167031 - 167042 Charnière pour prothèse modulaire, pour placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34059
Base de remboursement	*€ 2.902,94*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 3.483,52*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 580,58*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 2.902,94*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.6 Tiges

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167053 - 167064 Tige tibiale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34060
Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 360,36*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 60,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167075 - 167086 Tige tibiale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34061
Base de remboursement	*€ 350,36*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 420,43*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 70,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 350,36*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167090 - 167101 Tige fémorale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34062
Base de remboursement	*€ 512,52*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 615,02*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 102,50*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 512,52*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167112 - 167123 Tige fémorale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34063
Base de remboursement	*€ 512,52*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 615,02*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 102,50*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 512,52*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167134 - 167145 Tige standard fémorale ou tibiale, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34064
Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 360,36*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 60,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167156 - 167160 Tige standard fémorale ou tibiale, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34065
Base de remboursement	*€ 350,36*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 420,43*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 70,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 350,36*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167171 - 167182 Tige offset, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34066
Base de remboursement	*€ 560,57*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 672,68*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 112,11*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 560,57*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167193 - 167204 Tige offset, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34067
Base de remboursement	*€ 560,57*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 672,68*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 112,11*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 560,57*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167215 - 167226 Tige pour une prothèse à charnière, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34068
Base de remboursement	*€ 575,58*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 690,69*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 115,11*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 575,58*

Conditions de remboursement : *L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/07/2014

167230 - 167241 Tige pour une prothèse à charnière, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34069
Base de remboursement	*€ 700,71*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 840,85*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 140,14*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 700,71*

Conditions de remboursement : *L-§09*

L.2.2.2.7 Accessoires pour prothèses de genou

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167252 - 167263 Coin ou cale fémorale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 360,36*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 60,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167274 - 167285 Coin ou cale fémorale, y compris les vis d'assemblage, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 360,36*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 60,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167296 - 167300 Coin ou cale tibiale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 370,38*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 444,45*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 74,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 370,38*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167311 - 167322 Coin ou cale tibiale, y compris les vis d'assemblage, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 370,38*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 444,45*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 74,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 370,38*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167333 - 167344 Manchon tibial ou fémoral pour placement avec ciment, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 530,54*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 636,64*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 106,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 530,54*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167355 - 167366 Manchon tibial ou fémoral, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 960,97*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.153,16*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 192,19*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 960,97*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167370 - 167381 Vis osseuse, maximum quatre pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 40,04*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 44,04*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 4,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 40,04*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167392 - 167403 Plug osseux, maximum deux pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 150,15*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 180,18*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 30,03*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 150,15*

L.2.2.3 Cheville

L.2.2.3.1 Tibial

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167414 - 167425 Composant tibial pour placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34101

Base de remboursement	*€ 500,51*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 100,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 500,51*

Conditions de remboursement : *L-§16*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167436 - 167440 Composant tibial, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34102

Base de remboursement	*€ 850,86*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.021,03*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 170,17*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 850,86*

Conditions de remboursement : *L-§16*

L.2.2.3.2 Talaire

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167451 - 167462 Composant talaire pour placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34103

Base de remboursement	*€ 525,53*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 630,63*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 105,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 525,53*

Conditions de remboursement : *L-§16*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167473 - 167484 Composant talaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34104
Base de remboursement	*€ 1.001,02*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.201,22*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 200,20*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.001,02*

Conditions de remboursement : *L-§16*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167495 - 167506 Insert talaire en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34105
Base de remboursement	*€ 275,28*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 330,33*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 55,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 275,28*

Conditions de remboursement : *L-§16*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167510 - 167521 Insert talaire en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34106
Base de remboursement	*€ 275,28*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 330,33*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 55,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 275,28*

Conditions de remboursement : *L-§16*

L.2.2.3.3 Accessoires pour prothèses de cheville

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167532 - 167543 Vis osseuse, maximum 4 pièces, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 34,03*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 37,43*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 3,40*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 34,03*

L.2.2.4 Pied

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167554 - 167565 Hémiprothèse métatarso-phalangienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33721
Base de remboursement	*€ 640,65*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 768,78*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 128,13*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 640,65*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167576 - 167580 Prothèse d'interposition métatarso-phalangienne

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33722
Base de remboursement	*€ 485,49*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 582,58*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 97,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 485,49*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167591 - 167602 Prothèse totale métatarso-phalangienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33723
Base de remboursement	*€ 1.431,45*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.717,74*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 286,29*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.431,45*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167613 - 167624 Prothèse interphalangienne (orteil), pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33724
Base de remboursement	*€ 375,38*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 450,45*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 75,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 375,38*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167635 - 167646 Prothèse interphalangienne (orteil) en silicone, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33725
Base de remboursement	*€ 280,28*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 336,33*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 56,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 280,28*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167650 - 167661 Implant sub-talaire pour correction du pied plat

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33726
Base de remboursement	*€ 425,43*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 510,51*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 85,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 425,43*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167672 - 167683 Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire au niveau de l'astragale, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	33727
Base de remboursement	*€ 1.551,57*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.861,88*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 310,31*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.551,57*

L.2.3 Prothèse de remplacement du cortex osseux

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

167694 - 167705 Ensemble des éléments composant une prothèse de remplacement du cortex osseux

Catégorie de remboursement :	I.F.a				
Base de remboursement	*CMD*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*CMD*

Conditions de remboursement : *L-§09,L-§17*

L.2.4 Prothèses articulaires sur mesure

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

167716 - 167720 Prothèse sur mesure à l'exception des cupules de reconstruction (confectionnée individuellement selon les différentes dimensions)

Catégorie de remboursement :	I.F.a				
Base de remboursement	*CMD*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*CMD*

Conditions de remboursement : *L-§09,L-§18*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/04/2015

170796 - 170800 Partie externe d'une cupule modulaire de reconstruction, sur mesure, à 3 points d'appui (triflanged), sans partie poreuse pour le comblement des défauts osseux

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	35301
Base de remboursement	*€ 5.000,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5.000,00*

Conditions de remboursement : *L-§13,L-§09*

Date dernière modification : 1/11/2016 Date première publication : 1/04/2016

172535 - 172546 Partie externe d'une cupule modulaire de reconstruction, sur mesure, à 3 points d'appui (triflanged), et avec un ou plusieurs parties fixes en métal poreux pour le comblement des défauts osseux

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	35302
Base de remboursement	*€ 8.500,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 8.500,00*

Conditions de remboursement : *L-§13,L-§09*

L.2.5 Divers

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

167731 - 167742 Composant d'une prothèse articulaire, utilisé lors d'une révision

Catégorie de remboursement :	I.F.a				
Base de remboursement	*CMD*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*CMD*

Conditions de remboursement : *L-§09,L-§19*

L.3 Traumatologie et ostéosynthèse

L.3.1 Clou

L.3.1.1 Clou élastique

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167753 - 167764 Clou élastique

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34201
Base de remboursement	*€ 80,08*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 96,09*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 16,01*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 80,08*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.1.2 Clou centromédullaire, verrouillable

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167775 - 167786 Clou huméral, centromédullaire verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34202	
Base de remboursement	*€ 500,51*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 600,61*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 100,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 500,51*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167790 - 167801 Clou fémoral ou tibial, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34203	
Base de remboursement	*€ 450,46*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 540,55*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 90,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 450,46*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167812 - 167823 Clou pour avant-bras, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34204	
Base de remboursement	*€ 375,38*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 450,45*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 75,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 375,38*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167834 - 167845 Clou pour trochanter, centromédullaire, verrouillable (jusqu'à 24 cm y compris) avec implant cervical, y compris la vis de blocage et/ou l'implant anti-rotation

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34205	
Base de remboursement	*€ 650,66*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 780,79*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 130,13*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 650,66*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167856 - 167860 Clou long pour trochanter, centromédullaire, verrouillable (plus de 24 cm) avec implant cervical, y compris la vis de blocage et/ou l'implant anti-rotation

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34206	
Base de remboursement	*€ 830,84*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 997,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 166,16*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 830,84*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167871 - 167882 Vis-clou canulé verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34207
Base de remboursement	*€ 385,39*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 462,46*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 77,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 385,39*

L.3.1.3 Clou pour arthrodèse, centromédullaire verrouillable

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167893 - 167904 Clou simple pour arthrodèse du genou, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34208
Base de remboursement	*€ 800,81*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 960,97*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 160,16*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 800,81*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167915 - 167926 Clou assemblé pour arthrodèse du genou, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34209
Base de remboursement	*€ 1.861,89*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 2.234,26*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 372,37*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.861,89*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

167930 - 167941 Clou pour arthrodèse de la cheville, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34210
Base de remboursement	*€ 575,58*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 690,69*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 115,11*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 575,58*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.1.4 Clou centromédullaire pour allongement du membre

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/07/2014

167974 - 167985 Clou assemblé centromédullaire téléscopique (qui s'allonge lorsque l'os grandit)

Catégorie de remboursement :	I.E.a			**Liste Nom.**	36701
Base de remboursement	*€ 3.498,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 3.498,00*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

167996 - 168000 Clou centromédullaire dynamique pour allongement du fémur ou tibia

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34213
Base de remboursement	*€ 5.605,68*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 5.605,68*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 5.605,68*

Conditions de remboursement : *L-§20*

L.3.1.5 Vis de verrouillage pour clou centromédullaire

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168011 - 168022 Vis de verrouillage pour clou centromédullaire, y compris le mécanisme de verrouillage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34214
Base de remboursement	*€ 70,07*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 84,08*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 14,01*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 70,07*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168033 - 168044 Lame de verrouillage pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34215
Base de remboursement	*€ 140,14*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 168,16*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 28,02*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 140,14*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.1.6 Eléments de fixation et accessoires pour clou centromédullaire

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168055 - 168066 Endcap pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34216	
Base de remboursement	*€ 58,06*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 69,67*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 11,61*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 58,06*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168070 - 168081 Vis condylaire et écrou pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34217	
Base de remboursement	*€ 180,18*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 216,21*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 36,03*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 180,18*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168092 - 168103 Washer pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34218	
Base de remboursement	*€ 50,05*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 60,06*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 10,01*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 50,05*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168114 - 168125 Vis de compression pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34219	
Base de remboursement	*€ 65,07*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 78,08*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 13,01*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 65,07*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168136 - 168140 Vis de blocage pour clou centromédullaire, à l'exception de la vis de blocage d'un implant cervical

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34220	
Base de remboursement	*€ 58,06*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 69,67*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 11,61*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 58,06*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.2 Lame plaque

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168151 - 168162 Lame plaque non-canulée

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34301
Base de remboursement	*€ 245,25*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 294,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 49,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 245,25*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168173 - 168184 Lame plaque canulée

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34302
Base de remboursement	*€ 245,25*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 294,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 49,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 245,25*

L.3.3 Vis, agrafe et broche

L.3.3.1 Vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168195 - 168206 Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, sans possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement :	I.D.a				
Base de remboursement	*€ 27,03*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 27,03*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168210 - 168221 Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, non auto-perforante, avec possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement :	I.D.a				
Base de remboursement	*€ 37,04*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 37,04*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168232 - 168243 Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, auto-perforante, avec possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 37,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 37,04*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168254 - 168265 Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, avec propriétés « low profile », pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 27,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 27,03*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168276 - 168280 Vis ou cheville d'ostéosynthèse canulée, sans possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 100,10*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 100,10*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168291 - 168302 Vis ou cheville d'ostéosynthèse canulée, avec possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 100,10*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 100,10*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168313 - 168324 Vis de compression sans tête (type « HERBERT ») non canulée, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 120,12*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 120,12*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168335 - 168346 Vis de compression sans tête (type « HERBERT ») canulée, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 140,14*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 140,14*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/12/2016

180176 - 180180 Système intramédullaire, autre qu'une broche, pour arthrodèse des phalanges, pour l'ensemble des composants, par articulation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 140,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 140,00*

L.3.3.2 Accessoires pour vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168350 - 168361 Ecrou pour vis ou cheville d'ostéosynthèse, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 27,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 27,03*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168372 - 168383 Implant séparé pour correction de la surface de contact entre une vis ou cheville et une plaque, par pièce (WASHER)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 22,02*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 22,02*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168394 - 168405 Spacer pour vis ou cheville d'ostéosynthèse , par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 12,01*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 12,01*

L.3.3.3 Agrafe

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168416 - 168420 Agrafe ligamentaire ou agrafe pour ostéosynthèse, sans mémoire de forme ou compression, par agrafe

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 70,07*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 70,07*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168431 - 168442 Agrafe ligamentaire ou agrafe pour ostéosynthèse, avec mémoire de forme ou compression, par agrafe

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 130,13*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 130,13*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.3.4 Broche utilisée en tant qu'implant

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168453 - 168464 Broche, avec ou sans filetage, quel que soit le diamètre, à l'exception des broches pour fixateur externe, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 16,02*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 16,02*

L.3.4 Plaque d'ostéosynthèse

L.3.4.1 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168475 - 168486 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus proximal

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34303

Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168490 - 168501 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus distal

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34304

Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168512 - 168523 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius proximal

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34305

Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168534 - 168545 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34306
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168556 - 168560 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34307
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168571 - 168582 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34308
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168593 - 168604 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34309
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168615 - 168626 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34310	
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168630 - 168641 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34311	
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168652 - 168663 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34312	
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168674 - 168685 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de la fibula distale

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34313	
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.4.2 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168696 - 168700 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34314
Base de remboursement	*€ 525,53*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 630,63*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 105,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 525,53*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168711 - 168722 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34315
Base de remboursement	*€ 525,53*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 630,63*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 105,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 525,53*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168733 - 168744 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34316
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168755 - 168766 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34317
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168770 - 168781 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34318
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168792 - 168803 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34319
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

168814 - 168825 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une arthrodèse au niveau du poignet

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34320
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168836 - 168840 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34321
Base de remboursement	*€ 525,53*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 630,63*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 105,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 525,53*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168851 - 168862 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34322
Base de remboursement	*€ 525,53*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 630,63*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 105,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 525,53*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168873 - 168884 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia proximal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34323
Base de remboursement	*€ 445,45*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 534,54*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 89,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 445,45*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168895 - 168906 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia distal

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34324
Base de remboursement	*€ 445,45*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 534,54*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 89,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 445,45*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168910 - 168921 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de la fibula distale

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34325
Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 480,49*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 80,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/05/2015

171091 - 171102 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire conçue pour une arthrodèse au niveau de la cheville

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34346
Base de remboursement	*€ 445,45*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 534,54*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 89,09*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 445,45*

L.3.4.3 Plaque d'ostéosynthèse à localisation anatomique

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168932 - 168943 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour clavicule, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34326
Base de remboursement	*€ 160,16*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 192,19*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 32,03*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 160,16*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168954 - 168965 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour clavicule, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34327
Base de remboursement	*€ 525,53*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 630,63*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 105,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 525,53*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168976 - 168980 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour l'omoplate

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34328
Base de remboursement	*€ 525,53*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 630,63*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 105,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 525,53*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

168991 - 169002 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour apophyse coronoide

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34329
Base de remboursement	*€ 525,53*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 630,63*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 105,10*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 525,53*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169013 - 169024 Implant pour correction du thorax en entonnoir (Pectus Excavatum)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34330
Base de remboursement	*€ 900,91*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.081,09*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 180,18*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 900,91*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169035 - 169046 Plaque d'ostéosynthèse pour reconstruction du bassin

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34331
Base de remboursement	*€ 160,16*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 192,19*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 32,03*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 160,16*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169050 - 169061 Barres sacrales, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34332
Base de remboursement	*€ 1.001,02*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.201,22*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 200,20*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 1.001,02*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169072 - 169083 Plaque pour trochanter spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34333
Base de remboursement	*€ 900,91*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 1.081,09*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 180,18*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 900,91*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169094 - 169105 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour calcaneum

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34334

Base de remboursement	*€ 310,31*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 372,37*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 62,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 310,31*

L.3.4.4 Plaque d'ostéosynthèse non préformée

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169116 - 169120 Plaque d'ostéosynthèse pour diaphyse ou plaque d'ostéosynthèse rectangulaire, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 145,15*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 145,15*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169131 - 169142 Plaque d'ostéosynthèse pour diaphyse ou plaque d'ostéosynthèse rectangulaire, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, y compris tous les éléments permettant ce verrouillage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 195,20*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 195,20*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169153 - 169164 Plaque de forme spéciale pour extrémité des os, permettant ou non un verrouillage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 80,08*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 80,08*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169175 - 169186 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour extrémités (main, pied, poignet, cheville), à l'exception du calcaneum

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 150,15*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 150,15*

L.3.4.5 Plaque périprothétique

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169190 - 169201 Plaque péri-prothétique spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage, à l'exception des plaques pour trochanter

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34335

Base de remboursement	*€ 750,76*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 900,91*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 150,15*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 750,76*

Conditions de remboursement : *L-§21*

L.3.5 Système de plaque à compression dynamique

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169212 - 169223 Plaque de compression pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34336

Base de remboursement	*€ 350,36*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 420,43*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 70,07*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 350,36*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169234 - 169245 Plaque de compression pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34337

Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 360,36*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 60,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169256 - 169260 Plaque permettant un verrouillage à stabilité angulaire (locking plate) pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34338
Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 360,36*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 60,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169271 - 169282 Plaque de stabilisation du trochanter pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34339
Base de remboursement	*€ 250,25*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 50,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 250,25*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169293 - 169304 Plaque de compression avec plaque de stabilisation du trochanter en monobloc pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34340
Base de remboursement	*€ 425,43*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 510,51*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 85,08*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 425,43*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169315 - 169326 Vis de compression pour DHS (Dynamic Hip System)/DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34341
Base de remboursement	*€ 20,02*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 24,02*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 4,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 20,02*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169330 - 169341 Vis de blocage pour DHS (Dynamic Hip System)/DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34342
Base de remboursement	*€ 150,15*	*Marge de sécurité (%)*	*40,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 210,21*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 60,06*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 150,15*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169352 - 169363 Ancre cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou ancre condylaire pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34343
Base de remboursement	*€ 140,14*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 168,16*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 28,02*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 140,14*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169374 - 169385 Vis cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou vis condylaire pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34344
Base de remboursement	*€ 140,14*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 168,16*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 28,02*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 140,14*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169396 - 169400 Lame hélicoïdale cervicale à impacter pour DHS (Dynamic Hip System) ou lame hélicoïdale condylaire à impacter pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34345
Base de remboursement	*€ 250,25*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 50,05*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 250,25*

L.4 Arthroscopie

L.4.2 Matériel de consommation

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169536 - 169540 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 283194 -283205 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	II.D.d				
Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169551 - 169562 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275295 -275306 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169573 - 169584 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 283312 - 283323 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169595 - 169606 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275472 -275483 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169610 - 169621 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287011 – 287022 et 276076-276080 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169632 - 169643 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287033 – 287044 et 276194-276205 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169654 - 169665 Ensemble du matériel de de la nomenclature utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287092 - 287103 et 276216-276220 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169676 - 169680 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287114 – 287125 et 276231-276242 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169691 - 169702 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275273 -275284 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169713 - 169724 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 277351 -277362 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169735 - 169746 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 294114 – 294125 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169750 - 169761 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 277336 -277340 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169772 - 169783 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 300296 – 300300 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169794 - 169805 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 300311 - 300322 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169816 - 169820 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 276636 -276640 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	*€ 149,81*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*55,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 82,39*
				Montant du remboursement	*€ 67,42*

Conditions de remboursement : *L-§22*

L.5 Fixateurs externes

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169831 - 169842 Utilisation temporaire d'un système de fixation externe utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 275,28*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 275,28*

Conditions de remboursement : *L-§23*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169853 - 169864 Broche pour fixateur externe pour main ou pied

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 7,01*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 7,01*

Conditions de remboursement : *L-§23*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169875 - 169886 Broche pour fixateur externe, à l'exception des fixateurs pour main et pied

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 37,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 37,04*

Conditions de remboursement : *L-§23*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

169890 - 169901 Cadre complet d'un fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34501

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 3.869,69*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *L-§24*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

169912 - 169923 Anneau pour fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34502

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 887,50*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *L-§24*

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

169934 - 169945 Cylindre extensible (strut) pour fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34503

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 480,00*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *L-§24*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/12/2016 Date première publication : 1/07/2014

169956 - 169960 Accessoires, autre que anneaux et cylindres extensibles, pour fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste Nom.** 34504

Base de remboursement	*Liste Nom.*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond	*€ 256,78*	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : *L-§24*

L.6 Cranio-maxillo-facial

L.6.1 Plaques et vis pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire en matériel non-résorbable

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169971 - 169982 Plaque jusqu'à dix trous - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 75,08*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 75,08*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

169993 - 170004 Plaque d'onze à vingt trous - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 90,09*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 90,09*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170015 - 170026 Plaque de plus de vingt trous - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 110,11*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 110,11*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170030 - 170041 Treillis, non-résorbable, jusqu'à 20 cm2 y compris, par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 25,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 25,03*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170052 - 170063 Treillis, non-résorbable, de 20 cm² à 100 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 8,01*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 8,01*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170074 - 170085 Treillis, non-résorbable, 100 cm2 et plus, par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 3,00*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 3,00*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170096 - 170100 Vis non-résorbable, diamètre inférieur à 1,5 mm

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 20,02*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 20,02*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170111 - 170122 Vis non-résorbable, diamètre à partir de 1,5 mm et inférieur à 2,4 mm

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 20,02*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 20,02*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170133 - 170144 Vis non-résorbable, diamètre de 2,4 mm et plus

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 32,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 32,03*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170155 - 170166 Washer

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 6,01*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 6,01*

L.6.2 Plaques et vis pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire en matériel résorbable

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170170 - 170181 Plaque jusqu'à dix trous - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 130,13*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 130,13*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170192 - 170203 Plaque d'onze à vingt trous - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 200,20*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 200,20*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170214 - 170225 Plaque de plus de vingt trous - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 235,24*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 235,24*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170236 - 170240 Treillis, résorbable, jusqu'à 20 cm2 y compris, par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 25,03*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 25,03*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170251 - 170262 Treillis, résorbable, de 20 cm² à 100 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 12,01*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 12,01*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170273 - 170284 Treillis, résorbable, 100 cm2 et plus, par cm²

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 7,01*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 7,01*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170295 - 170306 Vis en matériel résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 35,04*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 35,04*

L.6.3 Plaques pour la reconstruction des parties spécifiques du visage et/ou mâchoire

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170310 - 170321 Plaque pour orbite - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 400,41*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 400,41*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170332 - 170343 Plaque pour orbite - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 170,17*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 170,17*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170354 - 170365 Plaque, spécialement conçue pour la reconstruction de la mandibule

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 300,30*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 300,30*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170376 - 170380 Condyle, spécialement conçu pour fixation à une plaque pour la reconstruction de la mandibule, y compris tous les éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 360,37*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 360,37*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170391 - 170402 Plaque avec condyle, spécialement conçue pour la reconstruction de la mandibule

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	*€ 820,83*	*Marge de sécurité (%)*	/	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	/	*Marge de sécurité (€)*	/	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 820,83*

L.7 Substituts osseux

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170413 - 170424 Substitut osseux ostéoconducteur, entièrement synthétique, en hydroxyapatite et/ou phosphate bi- ou tricalcique, sous forme de bloc solide, par conditionnement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34601

Base de remboursement	*€ 200,20*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 240,24*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 40,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 200,20*

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : *L-§25*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170435 - 170446 Substitut osseux ostéoconducteur, entièrement synthétique, en hydroxyapatite et/ou phosphate bi- ou tricalcique, sous forme de granules ou poudre en conditionnement jusqu'à 5cc y compris, par conditionnement

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34602	
Base de remboursement	*€ 120,12*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 144,14*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 24,02*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 120,12*

Conditions de remboursement : *L-§25*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170450 - 170461 Substitut osseux ostéoconducteur, entièrement synthétique, en hydroxyapatite et/ou phosphate bi- ou tricalcique, sous forme de granules ou poudre en conditionnement de plus de 5cc, par conditionnement

Catégorie de remboursement :	I.C.a		**Liste Nom.**	34603	
Base de remboursement	*€ 200,20*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 240,24*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 40,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 200,20*

Conditions de remboursement : *L-§25*

L.8 Divers

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170472 - 170483 Ciment - avec ou sans antibiotique - utilisé lors du placement d'une prothèse articulaire - par 20 g

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 33,03*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 36,33*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 3,30*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 33,03*

Conditions de remboursement : *L-§26*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170494 - 170505 Obturateur diaphysaire utilisé lors du placement d'une tige cimentée d'une prothèse articulaire

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
Base de remboursement	*€ 20,02*	*Marge de sécurité (%)*	*100,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 40,04*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 20,02*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 20,02*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170516 - 170520 Matériel de cerclage, par câble ou par fil

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 34,03*	*Marge de sécurité (%)*	*10,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 37,43*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 3,40*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 34,03*

Conditions de remboursement : *L-§27*

Date dernière modification : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014

170531 - 170542 Matériel de cerclage tressé avec système de fixation du câble, par câble, y compris l'ensemble des éléments de fixation

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	*€ 100,10*	*Marge de sécurité (%)*	*45,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 145,14*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 45,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 100,10*

Conditions de remboursement : *L-§27*

L.9 Implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

169411 - 169422 Ancre, seule ou dans un kit, non-résorbable

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34401

Base de remboursement	*€ 166,17*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 199,40*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 33,23*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 166,17*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

169433 - 169444 Ancre, seule ou dans un kit, résorbable

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34402

Base de remboursement	*€ 195,20*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 234,24*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 39,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 195,20*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/05/2015

170855 - 170866 Ancre pour fixation de déchirures du ménisque, non-résorbable

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 34407

Base de remboursement	*€ 166,17*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 199,40*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 33,23*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 166,17*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/05/2015

170870 - 170881 Ancre pour fixation de déchirures du ménisque, résorbable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34408
Base de remboursement	*€ 195,20*	*Marge de sécurité (%)*	*20,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 234,24*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 39,04*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 195,20*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

169455 - 169466 Système d’interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel, non-résorbable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34403
Base de remboursement	*€ 86,09*	*Marge de sécurité (%)*	*120,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 189,39*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 103,30*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 86,09*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

169470 - 169481 Système d’interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel, résorbable

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34404
Base de remboursement	*€ 114,12*	*Marge de sécurité (%)*	*120,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 251,06*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 136,94*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 114,12*

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

169492 - 169503 Système d'ancrage ou à visser pour réparation fonctionnelle des ligaments et tendons (à l'exception des ancres, agrafes et systèmes d'interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel), non-résorbable, pour l'ensemble des composants, par point de fixation

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34405
Base de remboursement	*€ 167,17*	*Marge de sécurité (%)*	*60,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 267,47*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 100,30*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 167,17*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/05/2015 Date première publication : 1/07/2014

169514 - 169525 Système d'ancrage ou à visser pour réparation fonctionnelle des ligaments et tendons (à l'exception des ancres, agrafes et systèmes d'interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel), résorbable, pour l'ensemble des composants, par point de fixation

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	34406
Base de remboursement	*€ 185,19*	*Marge de sécurité (%)*	*60,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 296,30*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 111,11*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 185,19*

L.10 Guide pour ostéotomie

Date dernière modification : 1/12/2014 Date première publication : 1/12/2014

171172 - 171183 Instrument sur mesure à usage unique pour ostéotomie lors d'une exérèse tumorale

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
Base de remboursement	*€ 800,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 800,00*

Conditions de remboursement : *L-§28*

Date dernière modification : 1/12/2014 Date première publication : 1/12/2014

171194 - 171205 Instrument sur mesure à usage unique pour découpe de l'allogreffe massive correspondante à l'exérèse tumorale

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
Base de remboursement	*€ 800,00*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 800,00*

Conditions de remboursement : *L-§28*

L.11 Implant d'ancrage pour prothèse externe

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/02/2017

181031 - 181042 Partie percutanée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36301
Base de remboursement	*€ 8.284,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 8.284,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 8.284,00*

Conditions de remboursement : *L-§29*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/02/2017

181053 - 181064 Partie percutanée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36302
Base de remboursement	*€ 8.284,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 8.284,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 8.284,00*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/02/2017

181075 - 181086 Partie ostéointégrée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36303
Base de remboursement	*€ 14.083,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 14.083,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 14.083,00*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/02/2017

181090 - 181101 Partie ostéointégrée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36304
Base de remboursement	*€ 14.083,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 14.083,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 14.083,00*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/02/2017

181112 - 181123 Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36301
Base de remboursement	*€ 8.284,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 8.284,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 8.284,00*

Conditions de remboursement : *L-§29*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/02/2017

181134 - 181145 Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36302
Base de remboursement	*€ 8.284,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 8.284,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 8.284,00*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/02/2017 Date première publication : 1/02/2017

181156 - 181160 Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.F.a				
Base de remboursement	*CMD*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*CMD*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/02/2017 Date première publication : 1/02/2017

181171 - 181182 Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.F.a				
Base de remboursement	*CMD*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*CMD*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/02/2017

181193 - 181204 Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

Catégorie de remboursement :	I.C.a			**Liste Nom.**	36303
Base de remboursement	*€ 14.083,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 14.083,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 14.083,00*

Conditions de remboursement : *L-§29*

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2017 Date première publication : 1/02/2017

181215 - 181226 Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste Nom.** 36304

Base de remboursement	*€ 14.083,00*	*Marge de sécurité (%)*	*0,00%*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix maximum	*€ 14.083,00*	*Marge de sécurité (€)*	*€ 0,00*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*€ 14.083,00*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/02/2017 Date première publication : 1/02/2017

181230 - 181241 Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.F.a

Base de remboursement	*CMD*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*CMD*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Date dernière modification : 1/02/2017 Date première publication : 1/02/2017

181252 - 181263 Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.F.a

Base de remboursement	*CMD*	*Marge de sécurité (%)*	*/*	*Intervention personnelle (%)*	*0,00%*
Prix plafond/ maximum	*/*	*Marge de sécurité (€)*	*/*	*Intervention personnelle (€)*	*€ 0,00*
				Montant du remboursement	*CMD*

Conditions de remboursement : *L-§29*

Conditions de remboursement

L-§01

Prestations liées

162971	162982
162993	163004

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la cyphoplastie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 162971-162982 et 162993-163004 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

A. Fractures avec tassement ostéoporotique
"single level" ou "multi-level", et inférieures à T5, sans compression neurologique et sans signe de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :
a) douleurs persistantes de plus de huit semaines et liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant huit semaines au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur; l'intervention doit cependant avoir lieu endéans une période de quatre mois après que la fracture tassement a été constatée de façon objective pour la première fois à moins qu'une progression de la fracture n'ait été démontrée;
et
b) la perte de hauteur se situe entre 20 % et 60 %;
et
c) le mur dorsal est maintenu;
et
d) présence d'un oedème osseux;
et
e) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3.;
Ainsi qu'à l'un des critères suivants :
f) chez un homme :
- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie ;
ou
- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -1 au niveau de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie;
ou
g) chez une femme avec une ostéoporose induite par des glucocorticoïdes, qui est traitée de longue durée (plus de trois mois) avec une dose orale journalière de 7,5 mg de prednisone ou équivalent, administrée dans le cadre d'une indication scientifique reconnue :
- soit la bénéficiaire doit être ménopausée sans substitution hormonale;
ou
- soit la bénéficiaire doit présenter un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -1.5 mesuré au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie;
ou
h) chez une femme ménopausée : soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

B. Fractures tassement causée par un myélome multiple de Kahler, sans compression neurologique et sans signes de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :
a) douleurs persistantes de plus de six semaines liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant six semaines au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur;
et
b) le mur dorsal est maintenu;
et
c) présence d'un oedème osseux;
et
d) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3.

Pour les indications reprises sous A et B, le diagnostic est posé sur la base des examens suivants :

- RX face et profil
- et IRM ou en cas de contre-indication, un CT-scan
- et scintigraphie osseuse sans SPECT
- et, en cas de fractures avec tassement ostéoporotique, un DEXA-scan.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
Pas d'obligation administrative

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 162971-162982 ne peut être attestée qu'une fois par séjour.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§02
Prestations liées

163015	163026
163030	163041
163052	163063

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux prothèses de disque lombaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 163015-163026, 163030-163041 et 163052-163063 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Pour la prestation 163015-163026:

2.1.1. Critères d'inclusion
Bénéficiaire :
a) à partir du trente-cinquième anniversaire
et
b) qui a été traité sans succès de façon conservative, pendant plus de six mois, pour douleurs dans le bas du dos, consécutives à une dégénérescence sur un ou deux niveaux discaux qui se manifeste sous la forme d'au moins une des lésions suivantes:
1. formation d'un ostéophyte au niveau des plateaux vertébraux ;
2. hernie discale médiane limitée au niveau L4-L5 ou L5-S1;
3 discopathie documentée
et
c) pour lequel tous les examens techniques suivants réalisés consécutivement confirment le diagnostic de dégénérescence :
1. RX, face et/ou profil;
2. clichés en flexion-extension sans glissement de plus de 3 mm;
3. scintigraphie négative au niveau des facettes;
4. examen IRM avec signes de dégénérescence discale, couplée ou non des modifications de "Modic";
5. échec d'infiltrations de facette avec un anesthésique local sans utilisation de corticoïdes;
6. discographie et/ou disco-CT, positif (avec douleur) au niveau à opérer et négatif (non douloureuse) aux niveaux contigus.

2.1.2 Critères d'exclusion :
a) bénéficiaire ayant déjà une prothèse de disque lombaire ;
b) bénéficiaire chez lequel plusieurs prothèses de disque lombaire sont placées lors de la même intervention ;
c) sténose du récessus latéral ou arthrose du neuroforamen;
d) fractures au niveau des vertèbres;
e) maladies métaboliques fragilisant le corps vertébral;
f) spondylolyse;
g) spondylolisthésis antérieure;
h) scoliose lombaire et dorso-lombaire;
i) hernie discale primaire non médiane;
j) tumeur in situ;
k) infections;
l) ostéoporose documentée par DEXA-scan;
m) radiculopathie documentée;
n) hauteur résiduelle entre les vertèbres de moins de 5 mm.

2.2. Pour les prestations 163030-163041 et 163052-163063:
Le bénéficiaire a déjà reçu une intervention de l'assurance obligatoire pour une prothèse de disque lombaire prévue sous la prestation 163015-163026 ou à condition que la prothèse de disque ait été placée dans les indications reprises sous le point 2.1. avant l'entrée en vigueur de la prestation 163015-163026.

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 163015-163026 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition
La prestation 163052-163063 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:
Les dispositifs composés de "polyéthylène highly cross-linked" sont des dispositifs dont le procédé de fabrication correspond à la définition suivante : "rayonnement ionisant du polyéthylène de 5 Mrad/50kGy minimum, suivi d'un procédé visant l'élimination des radicaux libres."

3.2. Critères
A. Nouveau concept de design:
- Tests biomécaniques :
• flexion-extension et
• flexion latérale et
• rotation et
• si du polyéthylène est présent, modification de forme après au minimum 10 millions de cycles ("fatigue testing" selon les normes ISO ou ASTM)
Ces tests doivent démontrer une mobilité comparable à celle d'un disque intervertébral intact.
- Tests sur cadavre
• flexion-extension et
• flexion latérale et
• rotation et
• sur 1 et 2 segments
Ces tests doivent démonter des résultats comparables avec un disque intervertébral intact.
- Etudes cliniques :
• étude publiée dans un journal peer-reviewed avec un facteur d'impact, avec minimum cent patients dont cent ou plus ont un suivi de minimum deux ans. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être inférieurs ("non-inferiority") à ceux des standards comme actuellement décrits dans la littérature, c'est-à-dire la fusion instrumentée postérieure, antérieure ou à 360°, à l'exception d'un greffon ou d'un substitut osseux utilisés seuls.

B. Design comparable à celui d'une prothèse déjà reprise sur la liste nominative :
- Tests biomécaniques :
• flexion-extension et
• flexion latérale et
• rotation et
• si du polyéthylène est présent, modification de forme après au minimum 10 millions de cycles ("fatigue testing" selon les normes ISO ou ASTM)
Ces tests doivent démontrer une mobilité comparable avec un disque intervertébral intact ou résultats comparables à ceux d'une prothèse déjà inscrite sur la liste nominative:
- Tests sur cadavre
• flexion-extension et
• flexion latérale et
• rotation et
• sur 1 et 2 segments
Ces tests doivent démonter des résultats comparables avec un disque intervertébral intact.
- Etudes cliniques :
• étude publiée dans un "peer-reviewed journal" avec minimum cent patients dont cent ou plus ont un suivi de minimum deux ans (doit être fournie dans les quatre ans suivant l'inscription sur la liste, dans le cas contraire, le produit est supprimé). Les résultats de cette étude ne peuvent pas être inférieurs ("non-inferiority") à ceux des standards comme actuellement décrits dans la littérature, c'est-à-dire la fusion instrumentée postérieure, antérieure ou à 360°, à l'exception d'un greffon ou d'un substitut osseux utilisés seuls.
• le protocole de l'étude doit être fourni avant l'inscription

C. Version légèrement modifiée d'une prothèse de disque lombaire, du même fabricant, qui était déjà inscrite sur la liste nominative:
- Tests biomécaniques :
• flexion-extension et
• flexion latérale et
• rotation et
• si du polyéthylène est présent, modification de forme après au minimum 10 millions de cycles ("fatigue testing" selon les normes ISO ou ASTM)
Ces tests doivent démontrer une mobilité comparable à celle d(un)e(s) version(s) précédente(s) de la prothèse qui étai(en)t déjà inscrite(s) sur la liste nominative.
- Comparaison approfondie des différences et des ressemblances par rapport aux versions précédentes de la prothèse (p.ex. la composition des matériaux de la nouvelle prothèse ainsi que la voie de placement doivent obligatoirement être les mêmes).

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 163015-163026 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation au médecin-conseil sur base du formulaire L-Form-I-1 et ce après implantation.
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

La prestation ne peut pas être attestée en cas de révision totale car le gold standard en cas de révision est l'arthrodèse.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 163015-163026 ne peut être attestée qu'une fois par hospitalisation.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§05
Prestations liées

172255 **172266**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux plaques pour fixation postérieure à la colonne vertébrale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 172255-172266 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

3.1. Définition
Les dispositifs visés par la prestation 172255-172266 sont des plaques fixées sur les corps vertébraux et permettant la fusion de deux vertèbres au minimum, ou des plaques pour laminoplastie.

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§06

Prestations liées

164113	164124
164135	164146
164150	164161
164172	164183
164194	164205
164216	164220
164231	164242
164253	164264
164275	164286
164290	164301
164312	164323

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tiges de prothèses d'épaule, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Les prestations 164194-164205 et 164216-164220 ne sont pas cumulables avec les prestations 164113-164124, 164135-164146, 164150-164161, 164172-164183, 164253-164264, 164290-164301, 164275-164286 et 164312-164323.

5.2. Autres règles
La prestation 164231-164242 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§07
Prestations liées

164356 164360

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de surface pour l'épaule, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 164356-164360 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§08

Prestations liées

164452	164463
164496	164500
164555	164566
165535	165546
165572	165583
165631	165642
166154	166165
166272	166283
166316	166320
166471	166482
166596	166600
166714	166725
166751	166762
166832	166843
166935	166946

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux composants en polyéthylène highly cross-linked des prothèses d'épaule, des prothèses de hanche et des prothèses de genou, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Les prestations 164452-164463, 164496-164500, 164555-164566, 165535-165546, 165572-165583, 165631-165642, 166154-166165, 166272-166283, 166316-166320, 166471-166482, 166596-166600, 166714-166725, 166751-166762, 166832-166843 et 166935-166946 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition
Les dispositifs composés de "polyéthylène highly cross-linked", sont des dispositifs dont le procédé de fabrication correspond à la définition suivante : "rayonnement ionisant du polyéthylène de 5 Mrad/50kGy minimum, suivi d'un procédé visant l'élimination des radicaux libres."

3.2.Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§09 Prestations liées	
165093	165104
165115	165126
165130	165141
165152	165163
165174	165185
165196	165200
165211	165222
165233	165244
165255	165266
165270	165281
165292	165303
165314	165325
165336	165340
165351	165362
165373	165384
165395	165406
165410	165421
165432	165443
165454	165465
165476	165480
165491	165502
165513	165524
165535	165546
165550	165561
165572	165583
165594	165605
165616	165620
165631	165642
165653	165664
165675	165686
165690	165701
165712	165723
165734	165745
165756	165760
165771	165782
165874	165885
165896	165900
165911	165922
165933	165944
165955	165966
165970	165981

166036	166040
166073	166084
166095	166106
166110	166121
166132	166143
166154	166165
166176	166180
166191	166202
166213	166224
166235	166246
166250	166261
166272	166283
166294	166305
166316	166320
166331	166342
166353	166364
166375	166386
166390	166401
166412	166423
166434	166445
166471	166482
166530	166541
166552	166563
166596	166600
166655	166666
166670	166681
166692	166703
166714	166725
166736	166740
166751	166762
166773	166784
166795	166806
166810	166821
166832	166843
166854	166865
166876	166880
166891	166902
166913	166924
166935	166946
166950	166961
166972	166983
166994	167005
167016	167020

167031	167042
167053	167064
167075	167086
167090	167101
167112	167123
167134	167145
167156	167160
167171	167182
167193	167204
167215	167226
167230	167241
167694	167705
167716	167720
167731	167742
170671	170682
170693	170704
170715	170726
170774	170785
170796	170800
171113	171124
171135	171146
171150	171161
172535	172546
172550	172561

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. Divers
Pas d'application

L-§11
Prestations liées

165255	165266
165270	165281
165292	165303
165314	165325

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tiges de reconstruction des prothèses de 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
Les prestations 165255-165266, 165270-165281, 165292-165303 et 165314-165325 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

3.1. Définition
- Elles sont destinées à être utilisées après une ostéotomie trochantérodiaphysaire pour 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
ou
- Elles possèdent une longueur minimale de 25 cm une fois toutes les parties de la tiges assemblées et possèdent un ancrage diaphysaire stable.

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§12
Prestations liées

165373 **165384**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de surface pour la hanche, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 165373-165384 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§13
Prestations liées

170796	170800
172535	172546

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux parties externes d'une cupule sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 170796-170800 et 172535-172546 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au moins à une des trois combinaisons de critères suivantes:

- 1 ET 3 ET 4 ET 5 ET 6
- 2 ET 3 ET 4 ET 5 ET 6
- 7

Après une éventuelle résection tumorale ou le retrait d'un implant, les critères sont :

1. La distance, entre le centre de rotation de la hanche, qui est situé au niveau du centre de la tête fémorale, et la ligne qui relie les deux foramens obturés supérieurs, mesure plus de 3cm.

Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

2. L'implantation d'une cupule standard (c'est-à-dire non confectionnée individuellement) a déjà échoué.

Identifiable sur base du dossier médical du bénéficiaire, ou sur une radiographie en vue antéro-postérieure du pelvis

3. Ostéolyse sévère « tear drop », qui a complètement disparu.

Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

4. Ostéolyse sévère au niveau de la tubérosité ischiatique,

Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

5. Dégradation de la paroi médiale de la cavité, avec une interruption possible de la ligne de Kohler (ligne ilio-ischiatique).

Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

6. Le contour initial de l'acétabulum est endommagé sur plus de la moitié de la circonférence du contour.

Mesuré sur une reconstruction 3D basée sur un CT de l'hémi-bassin.

7. Discontinuité de l'hémi-bassin.

Identifiable sur un scan CT, ou une radiographie digitale en vue antéro-postérieure si les composants ne perturbent pas l'image.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 170796-170800 et 172535-172546 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

3.1. Définition
Les prestations couvrent l'ensemble du processus de fabrication de l'implant (modèle 3D), y compris tous les accessoires.

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les prestations 170796-170800 et 172535-172546 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation au médecin-conseil au moyen du formulaire L-Form-I-08 et ce après implantation.
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

4.2. Remplacement
En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172535-172546 et 170774-170785 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles

Pas d'application.

5.3. dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§15
Prestations liées

166110 **166121**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de surface pour le genou, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 166110-166121 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§16	
Prestations liées	
167414	**167425**
167436	**167440**
167451	**167462**
167473	**167484**
167495	**167506**
167510	**167521**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux prothèses de cheville, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 167414-167425, 167436-167440, 167451-167462, 167473-167484, 167495-167506 et 167510-167521 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1 Critères d'inclusion :
a) le score de l'AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society) est inférieur à 60/100
et
b) la prothèse de cheville est implantée dans une des indications suivantes :
1. atteinte inflammatoire de l'articulation talo-crurale :
- polyarthrite rhumatoïde ou
- spondylarthrite ou
- goutte ou
- autre
ou
2. état dégénératif de l'articulation talo-crurale suite à une :
- atteinte d'origine post-traumatique ou
- atteinte sur laxité ligamentaire ou
- atteinte d'origine idiopathique ou
- nécrose partielle du talus
ou
3. hémochromatose ou hémophilie
ou
4. révision d'une prothèse de cheville déjà implantée.

2.2 Critères d'exclusion :
a) le score de l'AOFAS est supérieur ou égal à 60/100
ou
b) septicémie active
ou
c) pied neurologique
ou
d) pied neuropathique sévère
ou
e) nécrose étendue du talus

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 167510-167521 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition
Les dispositifs composés de "polyéthylène highly cross-linked", sont des dispositifs dont le procédé de fabrication correspond à la définition suivante : "rayonnement ionisant du polyéthylène de 5 Mrad/50kGy minimum, suivi d'un procédé visant l'élimination des radicaux libres.".

3.2.Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
Les prestations 167414-167425, 167436-167440, 167451-167462, 167473-167484, 167495-167506 et 167510-167521 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation sur base du formulaire pré-opératoire et d'implantation L-Form-I-3 dûment complété, qui est transmis par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil.
Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 2, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.
Le formulaire pré-opératoire et d'implantation L-Form-I-3 et le formulaire de follow-up L-Form-I-4 doivent également être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement
En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses de remplacement du cortex osseux, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 167694-167705 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition
Une prothèse de cortex osseux est une prothèse qui remplace le cortex osseux lorsque celui-ci a été retiré de manière circulaire au niveau métaphysaire et/ou diaphysaire, entraînant une interruption de la continuité osseuse.

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 167694-167705 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, après implantation, du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base :
- du formulaire de demande L-Form-I-5;
- de radiographies réalisées avant et après l'intervention.
Après implantation, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, dans un délai de nonante jours calendrier, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.
La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement
En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
La prestation 167694-167705 couvre l'ensemble des éléments composant la prothèse. Aucune autre prestation de la liste, relative aux prothèses articulaires, ne peut être cumulée avec la prestation 167694-167705.

5.2. Autres règles
Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§18

Prestations liées

167716	**167720**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses articulaires sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 167716-167720 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition
On entend par "éléments sur mesure" des éléments fabriqués spécifiquement suivant la prescription écrite du médecin spécialiste implanteur indiquant, sous la responsabilité de ce dernier, les caractéristiques de conception spécifiques et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé. Les éléments fabriqués suivant des méthodes de fabrication continue ou en série ne sont pas considérés comme des éléments sur mesure même s'ils nécessitent une adaptation.

3.2.Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 167716-167720 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande motivée.
Après implantation, cette demande est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.
Cette demande comporte :
a. un rapport médical circonstancié justifiant l'utilisation d'éléments sur mesure et une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser une prothèse articulaire classique ;
et
b. le formulaire L-Form-I-6, reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier ;
et
c. la déclaration de conformité, établie par le fabricant de la prothèse, stipulant que celle-ci a bien été fabriquée sur mesure;
et
d. une facture détaillée émanant du fabricant de la prothèse.

Avant implantation, le Collège des médecins-directeurs peut émettre un avis sur base d'un devis introduit conjointement avec le rapport médical circonstancié, la motivation et le formulaire L-Form-I-6. Toutefois, le Collège des médecins-directeurs ne peut prendre de décision définitive concernant l'intervention de l'assurance obligatoire qu'après implantation, lorsque la totalité des documents lui aura été fournie.
La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur

4.2. Remplacement
En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux composants articulaires des prothèses sans marquage CE, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
La prestation 167731-167742 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition
Les dispositifs visés par la prestation 167731-167742 concernent des composants qui ne portent pas le marquage CE mais qui ont fait l'objet d'une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

3.2. Critères
Pas d'application

3.3. Conditions de garantie
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 167731-167742 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande motivée.
Après implantation, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 167731-167742 est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.
Cette demande comporte :
- un rapport médical circonstancié justifiant l'utilisation des composants ne portant pas le marquage CE;
- la prescription adressée par le médecin au distributeur ;
- une copie de la dérogation accordée par le Ministre;
- une facture du distributeur.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement
En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au clou centromédullaire dynamique pour allongement du fémur ou tibia, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
La prestation 167996-168000 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

2.1. Critères d'inclusion:
- traumatisme avec perte osseuse supérieure à 4 cm ;
ou
- différence de longueur des membres congénitale de plus de 3 cm liée à un raccourcissement du fémur ou du tibia
ou
- petite taille suite à un syndrome référencé dans la base de données de l'OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) : achondroplasie, syndrome de Turner, …

2.2 Critères d'exclusion :
- bénéficiaire en phase de croissance
ou
- déviation multidimensionnelle associée (varus, valgus, flexum,…)
ou
- séquelle d'infection osseuse in situ
ou
- diamètre intramédullaire inférieur à 11 mm pour le tibia et 12,5 mm pour le fémur.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation
La prestation 167996-168000 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs.
Avant l'implantation, la demande d'intervention est transmise par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.
La demande doit comporter au minimum les éléments suivants :
- une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser une technique alternative (fixateur externe, compensation, raccourcissement chirurgical, …) et
- une motivation pour l'utilisation d'un clou centromédullaire dynamique pour allongement des membres
La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et endéans les soixante jours au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement
En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§21
Prestations liées

169190 **169201**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux plaques péri-prothétiques, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
La prestation 169190-169201 ne peut être attestée que si une tige prothétique est déjà en place.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§22
Prestations liées

169536	169540
169551	169562
169573	169584
169595	169606
169610	169621
169632	169643
169654	169665
169676	169680
169691	169702
169713	169724
169735	169746
169750	169761
169772	169783
169794	169805
169816	169820

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors des interventions arthroscopiques, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations arthroscopiques 169536-169540, 169551-169562, 169573-169584, 169595-169606, 169610-169621, 169632-169643, 169654-169665, 169676-169680, 169691-169702, 169713-169724, 169735-169746, 169750-169761, 169772-169783, 169794-169805 et 169816-169820 ne peuvent être attestées qu'une seule fois même lorsque l'intervention est bilatérale.

5.3. Dérogation à la procédure
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§23
Prestations liées

169831	169842
169853	169864
169875	169886

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux fixateurs externes, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 169831-169842, 169853-169864 et 169875-169886 peuvent être attestées plusieurs fois à condition que les différents fixateurs soient placés à différents endroits du corps.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§24
Prestations liées

169890	169901
169912	169923
169934	169945
169956	169960

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux fixateurs externes tridimensionnels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 169890-169901, 169912-169923, 169934-169945 et 169956-169960 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:
1. Dysplasie du squelette :
- achondroplasie ou
- pseudoachondroplasie ou
- chondrodysplasie métaphysaire ou
- dysplasie chondroectodermique ou
- maladie des exostoses multiples héréditaire ou
- maladie d'Ollier ou
- dysplasie fibreuse
ou
2. Pathologies osseuses métaboliques :
- diabète phosphaté ou
- rachitisme ou
- mucopolysaccharid
ou
3. Tibia Vara :
- maladie de Blount
ou
4. Déformations congénitales :
- déficit focal au niveau du fémur proximal (PFFD) ou
- hémimélie fibulaire ou
- hémimélie tibiale ou
- arthrogrypose
ou
5. Déformations multiplanaires acquises suite à :
- infection ou
- tumeur ou
- brûlures
ou
6. Déviation axiale multiplanaire suite à un trauma (épiphysiolyse-calvicieux)

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 169890-169901, 169912-169923, 169934-169945 et 169956-169960 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecin-directeurs, après l'implantation, sur base du formulaire L-Form-I-7 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande et qui est transmis, dans un délai de nonante jours calendrier, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.
Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :
- une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser un fixateur externe classique tel que décrit par la prestation 169831-169842;
- une motivation pour l'utilisation d'un fixateur externe tridimensionnel;
- des données quantitatives concernant les déformations multiplanaires et/ou la déviation axiale (dont le nombre de degrés de déviation);
- des imageries confirmant les points repris ci-dessus.
La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et endéans les trente jours au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3. Remplacement prématuré
Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure
Pas d'application

5. Règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§25
Prestations liées

170413	170424
170435	170446
170450	170461

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux substituts osseux, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 170413-170424, 170435-170446 et 170450-170461 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:
Fracture récente (maximum trois mois) :
a) du calcaneus
ou
b) du plateau tibial
ou
c) de la tête humérale

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Le remboursement de la prestation 170413-170424 est limité à maximum deux conditionnements par intervention.
Le remboursement de la prestation 170435-170446 est limité à maximum un conditionnement par intervention.
Le remboursement de la prestation 170450-170461 est limité à maximum un conditionnement par intervention.

5.2. Autres règles
Les prestations 170413-170424, 170435-170446 et 170450-170461 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 275332-275343, 275354-275365, 275376-275380, 290474-290485, 290496-290500, 290533-290544 ou 291815-291826 .

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§26
Prestations liées

170472 **170483**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au ciment utilisé lors du placement d'une prothèse articulaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de hanche est limitée à maximum six unités de 20 g.
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse d'épaule est limitée à maximum trois unités de 20 g.
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de cheville est limitée à maximum une unité de 20 g.
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de genou est limitée à maximum six unités de 20 g.
L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse d'extrémité est limitée à maximum deux unités de 20 g.
Le poids du ciment de la prestation 170472-170483 est calculé en prenant en compte uniquement la poudre sèche. Les solvants n'entrent pas en ligne de compte. Il ne s'agit donc pas du poids du mélange.

5.3. Dérogation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§27
Prestations liées

170516	170520
170531	170542

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de cerclage, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire
Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 170516-170520 et 170531-170542 ne peuvent être attestées que lors d'une chirurgie osseuse, à l'exception d'une intervention chirurgicale de la colonne vertébrale.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§28
Prestations liées

171172	171183
171194	171205

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux instruments sur mesure pour ostéotomie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier
Les prestations 171172-171183 et 171194-171205 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:
L'établissement hospitalier bénéficie d'un agrément pour un programme de soins d'oncologie. Si le bénéficiaire est un enfant, l'établissement hospitalier bénéficie d'un agrément pour un programme de soins spécialisés en hémato-oncologie pédiatrique.

2. Critères concernant le bénéficiaire
Les prestations 171172-171183 et 171194-171205 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant:
Le bénéficiaire a une tumeur maligne primitive de l'os.

3. Critères concernant le dispositif
Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires
Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation
5.1. Règles de cumul et de non-cumul
Pas d'application

5.2. Autres règles
Les prestations 171172-171183 et 171194-171205 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors de la prestation 288470-288481 de la nomenclature.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation
Pas d'application

6. Résultats et statistiques
Pas d'application

7. Divers
Pas d'application

L-§29	
Prestations liées	
181031	**181042**
181053	**181064**
181075	**181086**
181090	**181101**
181112	**181123**
181134	**181145**
181156	**181160**
181171	**181182**
181193	**181204**
181215	**181226**
181230	**181241**
181252	**181263**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants permettant l'ancrage d'une prothèse externe, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

La pose d'indication et l'implantation ne peuvent être effectuées que dans un hôpital universitaire ayant une expertise dans ce domaine.

L'équipe multidisciplinaire qui pose l'indication est composée au minimum de :

- 1 chirurgien orthopédique
- 1 médecin spécialiste en médecine physique et revalidation
- 1 psychiatre ou psychologue
- 1 kinésithérapeute
- 1 ergothérapeute
- 1 dermatologue
- 1 médecin spécialiste en médecine interne ayant une compétence particulière en infectiologie
- et 1 orthopédiste prothésiste

qui ont été formés à cette technique et peuvent faire preuve de leur expertise.

Cette équipe est encadrée par l'équipe multidisciplinaire de l'hôpital universitaire Sahlgrenska de Gothenburg (Suède).

L'établissement possède en outre un programme de traitement documenté. Celui-ci décrit la procédure de sélection du patient, le trajet de soin (intervention chirurgicale, rééducation jusqu'à l'utilisation effective de la première prothèse définitive y comprise), l'entretien technique orthopédique, les suivis cliniques reprenant les possibilités en cas de complications ou d'incidents, les mesures assurant la continuité de ce soin spécialisé.

Le programme de rééducation ne peut être effectué que dans l'établissement hospitalier qui réalise l'implantation ou dans un établissement de rééducation spécialisé dans la rééducation des amputés. Cet établissement doit également avoir signé une convention avec l'établissement hospitalier implanteur pour prendre en charge la rééducation de leurs patients.

L'équipe multidisciplinaire du centre de rééducation est composée au minimum :

- 1 médecin spécialiste en médecine physique et revalidation

- 1 psychiatre ou psychologue
- 1 kinésithérapeute
- 1 ergothérapeute
- et 1 orthopédiste prothésiste

L'établissement de rééducation s'engage à suivre le programme de rééducation prévu, aussi lorsque que l'on fait appel à des kinésithérapeutes extramuros.

L'établissement hospitalier répondant aux critères susmentionnés, introduit le formulaire L-Form-II-01, auprès du Service de soins de santé. La Commission dressera une liste avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier. Les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés ci-dessus sont communiquées spontanément par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service. Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles ou par e-mail à implant@inami.fgov.be.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

Indications

Le bénéficiaire a une amputation majeure d'un membre sur plus de 2/3 de la longueur du fémur ou plus de la moitié de la longueur de l'humérus, et l'utilisation d'une prothèse à fût n'est techniquement pas possible.

OU

Le bénéficiaire a une amputation transfémorale ou transhumérale, et une utilisation normale et à long terme de sa prothèse à fût n'est pas possible suite à des problèmes dermatologiques récurrents qui ne peuvent pas être remédiés par le prothésiste, par un traitement dermatologique ou par une intervention chirurgicale.

ET

L'état général du bénéficiaire permet l'implantation selon les instructions d'utilisation du dispositif et de suivre le traitement de revalidation.

Le bénéficiaire n'a pas plus de 65 ans et en cas d'implantation au niveau du fémur, son poids corporel (prothèse comprise) est inférieur à 100kg.

Le bénéficiaire s'engage à suivre le programme de rééducation qui lui a été soumis avant implantation.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Le système d'implant est composé d'une partie intra-osseuse et une partie percutanée sur laquelle vient se fixer de façon directe et solide une prothèse externe.

La partie intra-osseuse est placée sans ciment et permet l'ostéointégration. Elle est implantée à une profondeur maximale de 10 cm à partir de l'extrémité osseuse.

La partie percutanée est fixée solidement à la partie intra-osseuse. Le trajet de perforation est inférieur à 1 cm et permet une fixation stable de la peau de la zone de perforation à l'os. Le design est conçu pour réduire les irritations mécaniques et le risque d'infection et marsupialisation et pour maximaliser l'ostéointégration de l'implant.

La technique opératoire prévoit une implantation en deux temps avec un intervalle minimum de un mois pour permettre l'ostéointégration. Le système d'accouplement entre la prothèse et la partie percutanée est sûr et offre des protections contre des contraintes de forces dangereuses (protection contre la torsion et amortissement des chocs).

3.2.Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Parmi les études cliniques réalisées, il faut au moins une étude prospective sur un minimum de 30 patients suivis pendant au minimum deux ans.

Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques en détail.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230 -181241 et 181252-181263, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- 3 ans de garantie totale à 100% pour la partie implantable

- 2 ans de garantie totale à 100% pour la partie percutanée

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086 et 181090-181101 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service dans les trente jours après l'implantation. Cette notification est effectuée au moyen du formulaire L-Form-I-09, entièrement complété et signé par le médecin spécialiste implanteur. Le numéro d'ordre est communiqué simultanément et immédiatement au médecin conseil, au médecin spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire, le formulaire d'enregistrement L-Form-I-10 reprenant les caractéristiques de référence et les données de suivi et le consentement éclairé du bénéficiaire doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, les dispositions en matière de garantie doivent être respectées. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2 et la conclusion de l'équipe multidisciplinaire doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3. Remplacement prématuré

Par dérogation aux dispositions du point 5.2., une intervention de l'assurance obligatoire pour un renouvellement prématuré peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs sur la base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

Pendant la période de garantie et en cas d'un dysfonctionnement qui n'est pas lié au bénéficiaire ou à l'évolution de sa situation médicale, le distributeur est obligé d'appliquer les conditions de garantie.

Dans le cas où le dispositif a été utilisé par le bénéficiaire de façon non conforme aux instructions d'utilisation qui lui ont été fournies avant implantation, , le Collège peut accorder un remboursement partiel.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2 Autres règles

Une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 181193-181204 ou 181215-181226 ne peut être accordée qu'après un délai de 10 ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 181075-181086 ou 181090-181101 respectivement.

Une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 181112-181123 ne peut être accordée qu'après un délai de 3 ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 181031-181042, 181112-181123 ou 181156-181160.

Une intervention de l´assurance obligatoire pour la prestation 181134-181145 ne peut être accordée qu'après un délai de 5 ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 181053-181064, 181134-181145 ou 181171-181182.

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire pour l'ensemble des prestations 181075-181086 et 181090-181101 est limité à 10 par an.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Les modalités d'enregistrement des données visées au point 4.1. ainsi que les modalités de transmission de ces données à Healthdata, aux établissements hospitaliers implanteurs, aux établissements de revalidation et à la Commission, sont établies par Healthdata et le Service des soins de santé.

Les établissements hospitaliers implanteurs et les établissements de revalidation 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

L-§30
Prestations liées

182210	182221
182232	182243
182254	182265
182276	182280
182291	182302
182313	182324

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tiges magnétiques allongeables, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier est :

- un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires dont les chirurgiens orthopédiques ont une expérience dans le traitement de la scoliose pédiatrique. Celle-ci est démontrée par un minimum de 5 prestations 282052-282063 attestées chez des enfants (moins de 18 ans) pour l'année x-2.

Ou

- un établissement qui collabore activement avec un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires et dont les chirurgiens orthopédiques ont une expérience dans le traitement de la scoliose pédiatrique. Celle-ci est démontrée par un minimum de 10 prestations 282052-282063 attestées chez des enfants (moins de 18 ans) pour l'année x-2.

L'établissement hospitalier répondant aux critères susmentionnés, introduit le formulaire L-Form-II-02, auprès du Service de soins de santé. La Commission dressera annuellement une liste avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier.

Chaque établissement hospitalier adhérent signale annuellement au Service les modifications aux données reprises dans le formulaire de candidature.

Les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés ci-dessus sont communiquées spontanément par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles ou par e-mail à implant@inami.fgov.be.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

Le bénéficiaire est atteint de scoliose précoce évolutive.

Les traitements conservateurs (corset, plâtre,…) ont échoués ou le bénéficiaire n'est pas éligible pour ces traitements conservateurs.

L'angle de Cobb est de minimum 50° et l'incurvation a augmenté de minimum 5° sur 5 mois.

Le bénéficiaire a plus de 2 ans et moins de 18 ans.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1 Définition

Pas d'application

3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Les études montrent que la sécurité et l'efficacité sont au moins comparables à celles des tiges allongeables chirurgicalement et que des réinterventions peuvent être évitées.

Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques en détail.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

Une garantie totale à 100% de 2 ans est exigée sur le moteur d'allongement et les parties de la tige aux alentours immédiats.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation/Première utilisation

Les documents desquels il ressort qu´il est satisfait aux indications mentionnées au point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, les dispositions en matière de garantie doivent être respectées.

4.3. Remplacement prématuré

Les prestations 182254-182265 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire avant le délai de 2 ans, qu' à condition qu´il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées. Les documents desquels il ressort la justification du remplacement prématuré doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2 Autres règles

Une intervention de l´assurance obligatoire pour les prestations 182210-182221 ou 182276-182280 exclut respectivement, pendant une période de deux ans, une intervention de l´assurance obligatoire pour les prestations 182232-182243 ou 182291-182302.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182232-182243 ou 182291-182302 exclut respectivement, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182232-182243 ou 182291-182302.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application