

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.

Si dans une condition de remboursement, il est fait mention d'une année au cours de laquelle la section 9 de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19 est d'application, le nombre de prestations attestées dans le courant de cette année sera remplacé par le nombre de prestations attestées la dernière année précédant l'année où l'arrêté royal susmentionné portant des adaptations temporaires est entrée en vigueur, pour autant que ce nombre de prestations attestées soit supérieur à celui de l'année en question.

2. Prestations et Modalités de remboursement

A. Ophtalmologie

A.1 Traitement du canal lacrymal

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

150010 - 150021 Clou méatique

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 29,74	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement				€ 29,74

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

150032 - 150043 Clou méatique perforé

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 39,66	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement				€ 39,66

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 74,37	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement				€ 74,37

A. Ophtalmologie

A.2 Traitement des paupières

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 118,98	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 118,98

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 327,19	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 327,19

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 188,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 188,38

A.3 Traitement intra-oculaire

A.3.1 Intervention sur cristallin

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

150135 - 150146

Lentille intra-oculaire, en polyméthylméthacrylate

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	€ 74,37	Marge de sécurité (%)	54,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 114,52	Marge de sécurité (€)	€ 40,15	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 74,37

Conditions de remboursement : A-§01

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

150172 - 150183

Lentille intra-oculaire pliable

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	€ 74,37	Marge de sécurité (%)	113,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 158,40	Marge de sécurité (€)	€ 84,03	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 74,37

Conditions de remboursement : A-§01

Date dernière modification : 1/08/2020

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	€ 198,30	Marge de sécurité (%)	40,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 277,62	Marge de sécurité (€)	€ 79,32	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 198,30

Conditions de remboursement : A-§02

Date dernière modification : 1/08/2020

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	€ 396,61	Marge de sécurité (%)	40,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 555,25	Marge de sécurité (€)	€ 158,64	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 396,61

Conditions de remboursement : A-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 69,40	Marge de sécurité (%)	60,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 111,04	Marge de sécurité (€)	€ 41,64	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 69.40

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 107,45	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 59,09	
					Montant du remboursement	€ 48,36

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 107,45	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 59,09	
					Montant du remboursement	€ 48,36

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 107,45	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 59,09	
					Montant du remboursement	€ 48,36

A.3.2 Traitement pour glaucome

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 247,87	Marge de sécurité (%)	100,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 495,74	Marge de sécurité (€)	€ 247,87	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 247,87

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 286,53	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 286,53

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 286,53	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
Montant du remboursement				€ 286,53

A.3.3 Traitement de la rétine/vitrectomie

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 64,45	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
Montant du remboursement				€ 64,45

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 24,79	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
Montant du remboursement				€ 24,79

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

150415 - 150426	Rail pour bande de cerclage, par pièce			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 15,87	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
Montant du remboursement				€ 15,87

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

150430 - 150441	Coin radial en silicone pour bande de cerclage, par pièce			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 24,79	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
Montant du remboursement				€ 24,79

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 24,79	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 24,79

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 94,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 94,20

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 281,42	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 70,35
				Montant du remboursement	€ 211,07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 72,65	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 18,16
				Montant du remboursement	€ 54,49

Conditions de remboursement : A-§03

A.4 Intervention sur l'orbite

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 35,70	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 35,70

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 416,44	Marge de sécurité (%)	50,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 624,66	Marge de sécurité (€)	€ 208,22	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 416,44

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

150570 - 150581

Implant utilisé pour combler l'orbite lors d'une énoptalmie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 327,19	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 327,19

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 30,70	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 30,70

A.5 Produits visco-élastiques

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 16,37	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 16,37

Conditions de remboursement : A-§04

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 55,78

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 55,78

Conditions de remboursement : A-§04

A.6 Traitement combiné

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 107,45

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 59,09

Montant du remboursement € 48,36

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 107,45

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 59,09

Montant du remboursement € 48,36

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 107,45

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 59,09

Montant du remboursement € 48,36

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-correctée au moyen d'un optotype : une première mesure entre la première et la sixième semaine et une deuxième mesure entre le troisième et sixième mois après l'implantation.

Critère acceptable : astigmatisme résiduel maximum de 0.5 à 0.75D par rapport à la réfraction cible.

b) Mesure de la rotation de l'axe de la lentille (sens horlogique ou anti-horlogique) à trois mois après implantation.

Critère acceptable : moins de 5° dans chaque sens.

c) Mesure de l'astigmatisme objectif sur une surface cornéenne centrale d'au moins 4 mm de diamètre au moyen d'un abérromètre .

Critère acceptable : astigmatisme de 1D par rapport à la réfraction cible (pas nécessaire dans le cas où a) est respecté).

4. Nombre de repositionnement

5. Nombre d'explantation

De plus, la preuve clinique doit être :

- une publication ou un article accepté pour publication dans un journal international peer-reviewed

ou

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

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

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

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

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 : 1/10/2019

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

€ 9.479,89

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 9.479,89

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 9.479,89

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 4.986,20

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§01

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 4.986,20

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 4.986,20

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 9.479,89

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 9.479,89

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§10

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 9.479,89

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 4.986,20

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 4.986,20

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 4.986,20

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§10

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 322,07

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§01,B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

150975 - 150986

Programmateurs patient pour pompe implantable

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

30402

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 716,80

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§01,B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 322,07

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§01,B-§10

B.2 Neurostimulateurs et accessoires

B.2.1 Neurostimulateurs et accessoires en cas de douleurs neurogènes

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151012 - 151023

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

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

30501

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 5.266,74

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02,B-§10

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151034 - 151045

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

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

30502

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.169,81

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02,B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151056 - 151060

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

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

30501

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 5.266,74

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02,B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151071 - 151082

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

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

30501

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 5.266,74

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02,B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151093 - 151104

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

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

30502

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.169,81

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02,B-§10

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151115 - 151126

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

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

30502

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.169,81

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02,B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02,B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02,B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02,B-§10

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151196 - 151200

Programmeur 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

€ 596,60

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§02

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151211 - 151222 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	30602		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 596,60	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151233 - 151244 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	30603		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.485,75	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

151255 - 151266 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	30603		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.485,75	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

Date dernière modification : 1/12/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.044,33	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

Date dernière modification : 1/12/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.044,33	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2019

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	€ 1.089,55	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.089,55

Conditions de remboursement : B-§02

Date dernière modification : 1/12/2019

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	€ 1.089,55	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.089,55

Conditions de remboursement : B-§02

Date dernière modification : 1/12/2019

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	€ 169,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 169,38

Conditions de remboursement : B-§02

Date dernière modification : 1/12/2019

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	€ 169,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 169,38

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 : 1/10/2019

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	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.900,04	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement : B-§03				

Date dernière modification : 1/10/2019

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	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 9.800,09	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement : B-§03				

Date dernière modification : 1/10/2019

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	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.900,04	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement : B-§03				

Date dernière modification : 1/10/2019

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	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 9.800,09	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement : B-§03				

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 4.900,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-\$03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 9.800,09

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-\$03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 4.900,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-\$03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 9.800,09

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-\$03

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 4.900,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 9.800,09

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 4.900,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 9.800,09

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.305,42

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.305,42

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.305,42

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 264,87

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 264,87

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

151911 - 151922

Programmateurs 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

€ 578,22

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

151933 - 151944

Programmateurs 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

€ 578,22

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.485,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.485,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

B.2.3 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 1.197,31

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.197,31

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

B.2.4.1 Stimulation du nerf vague

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 9.320,61

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§08

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 9.320,61

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§08

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 9.320,61

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§08

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 9.320,61

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§08

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 9.320,61

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§08

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 9.320,61

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§08

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 1.751,20

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§08

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 1.751,20

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§08

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 99,05

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§08

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 99,05

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 : 1/12/2020

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	€ 9.800,09	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

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	€ 9.800,09	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

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	€ 9.800,09	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

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	€ 17.432,80	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 17.432,80

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

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

€ 17.432,80

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

Date première publication :
1/01/2015

171614 - 171625

Premier neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage CE ayant reçu une dérogation

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 : 1/12/2020

Date première publication :
1/01/2015

171636 - 171640

Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage CE ayant reçu une dérogation

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 : 1/12/2020

Date première publication :
1/01/2015

171651 - 171662

Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage CE ayant reçu une dérogation, 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 : 1/12/2020

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 € 1.305,42 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

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 € 1.305,42 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

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 € 264,87 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

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 € 264,87 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement Liste Nom.

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

Date première publication :
1/01/2015

171754 - 171765

Programmateurs 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

€ 578,22

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

Date première publication :
1/01/2015

171776 - 171780

Programmateurs 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

€ 578,22

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

Date première publication :
1/01/2015

171791 - 171802

Chargeurs 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

€ 1.485,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§09

Date dernière modification : 1/12/2020

Date première publication :
1/01/2015

171813 - 171824

Chargeurs 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

€ 1.485,75

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 : 1/10/2019

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	€ 9.800,09	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 4.900,04	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 9.800,09	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 9.800,09	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§11

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 4.900,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 4.900,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 8.666,88

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 8.666,88

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 8.666,88

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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

€ 1.305,42

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.305,42

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§11

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 264,87

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 264,87

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/08/2016

173471 - 173482

Programme 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

€ 578,22

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/08/2016

173493 - 173504

Programme 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

€ 578,22

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.485,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.485,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.305,42

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 : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35901

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 4.900,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35902

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.800,09

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35901

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 4.900,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35902

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.800,09

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35901

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 4.900,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35902

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.800,09

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35903

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/08/2016

173692 - 173703

Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

35903

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35903

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 17.333,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/08/2016

173736 - 173740

Electrode implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

35904

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1.305,42

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35904

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1.305,42

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35904

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1.305,42

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/08/2016

173795 - 173806

Extension implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

35905

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 264,87

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

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.A.a

Liste Nom.

35905

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 264,87

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§12

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/08/2016

173832 - 173843

Programmateurs patient pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

35906

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 578,22

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/08/2016

173854 - 173865

Programmateurs patient de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

35906

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 578,22

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/08/2016

173876 - 173880

Chargeurs pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

35907

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1.485,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/08/2016

173891 - 173902

Chargeurs de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

35907

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1.485,75

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§12

B. Neurochirurgie

B.2.7 Neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/12/2019

174532 - 174543 Neurostimulateur non-rechargeable totalement implanté, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, le programmeur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 37701

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

Prix plafond € 9.169,81 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§13

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/12/2019

174554 - 174565 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement totalement implanté, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, le programmeur patient inclus

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 37701

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

Prix plafond € 9.169,81 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§13

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/12/2019

174576 - 174580 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement totalement implanté, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, le programmeur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 37701

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

Prix plafond € 9.169,81 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§13

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/12/2019

174591 - 174602 Ensemble des électrodes et extensions implantées, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement : I.G.a **Liste Nom.** 37801

Base de remboursement € 1.089,55 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 1.089,55

Conditions de remboursement : B-§13

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/12/2019

174613 - 174624

Ensemble des électrodes et extensions de remplacement implantées, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement :

I.G.a

Liste Nom.

37801

Base de remboursement

€ 1.089,55

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.089,55

Conditions de remboursement :

B-§13

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/12/2019

174635 - 174646

Ensemble des extensions de remplacement implantées, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement :

I.G.a

Liste Nom.

37901

Base de remboursement

€ 169,38

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 169,38

Conditions de remboursement :

B-§13

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/12/2019

174650 - 174661

Ensemble des électrodes et extensions en cas de stimulation d'essai négative, pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale, pour placement chirurgical ou percutané, par intervention

Catégorie de remboursement :

I.G.a

Liste Nom.

37801

Base de remboursement

€ 1.089,55

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.089,55

Conditions de remboursement :

B-§13

B.3 Tissu de dure-mère

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 5,26

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 5,26

Marge de sécurité (€) € 0,00

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 5,26

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 7,28	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 7,28	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 7,28

B.4 Valves d'hydrocéphalie et systèmes de drainage

B.4.1 Valves d'hydrocéphalie non réglables

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 647,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 712,19	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 64,74	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 647,45

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 756,51	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 832,16	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 75,65	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 756,51

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 701,99	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 772,18	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 70,19	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 701,99

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 887,40	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 976,14	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 88,74	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 887,40

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 996,46	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.096,10	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 99,64	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 996,46

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 941,93	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.036,12	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 94,19	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 941,93

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

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.247,32	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.372,05	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 124,73	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.247,32
Conditions de remboursement :	B-§04				

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.357,37	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.493,10	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 135,73	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.357,37

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§04

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 1.301,84 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.432,02 Marge de sécurité (€) € 130,18 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.301,84

Conditions de remboursement : B-§04

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 1.487,26 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.635,98 Marge de sécurité (€) € 148,72 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.487,26

Conditions de remboursement : B-§04

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 1.597,32 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.757,05 Marge de sécurité (€) € 159,73 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.597,32

Conditions de remboursement : B-§04

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 1.541,79 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.695,96 Marge de sécurité (€) € 154,17 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.541,79

Conditions de remboursement : B-§04

B. Neurochirurgie

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

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 686,12	<i>Marge de sécurité (%)</i>	100,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.372,24	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 686,12	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 686,12

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 745,61	<i>Marge de sécurité (%)</i>	100,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.491,22	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 745,61	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 745,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 715,86	<i>Marge de sécurité (%)</i>	100,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.431,72	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 715,86	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 715,86

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 817,99	<i>Marge de sécurité (%)</i>	100,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.635,98	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 817,99	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 817,99

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 878,47 Marge de sécurité (%) 100,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.756,94 Marge de sécurité (€) € 878,47 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 878,47

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 847,74 Marge de sécurité (%) 100,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.695,48 Marge de sécurité (€) € 847,74 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 847,74

B.4.4 Accessoires pour valves d'hydrocéphalie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

152412 - 152423

Système anti-siphon

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement € 248,86 Marge de sécurité (%) 75,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 435,50 Marge de sécurité (€) € 186,64 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 248,86

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

152434 - 152445

Réservoir

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement € 214,17 Marge de sécurité (%) 50,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 321,25 Marge de sécurité (€) € 107,08 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 214,17

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

152456 - 152460

Connecteur

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement € 57,51 Marge de sécurité (%) 50,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 86,26 Marge de sécurité (€) € 28,75 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 57,51

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 167,56	Marge de sécurité (%)	50,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 251,34	Marge de sécurité (€)	€ 83,78	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 167,56

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

152493 - 152504

Cathéter de drainage sans réservoir

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	€ 95,19	Marge de sécurité (%)	50,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 142,78	Marge de sécurité (€)	€ 47,59	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 95,19

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 95,19	Marge de sécurité (%)	150,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 237,97	Marge de sécurité (€)	€ 142,78	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 95,19

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 196,49	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 196.49

B. Neurochirurgie

B.4.5 Systèmes de drainage externe

Date dernière modification : 1/04/2018

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

Date dernière modification : 1/04/2018

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

B.5 Clip pour anévrisme cérébral

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 230,03	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 230,03

B.6 Cranioplastie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

152611 - 152622

Ciment acrylique pour la fermeture de défauts crâniens, par 10 g

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement	€ 59,49	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 59.49

Conditions de remboursement : B-§05

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

152633 - 152644

Ciment à base d'apatite pour la fermeture de défauts crâniens, par 5 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 218,13

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 218,13

Conditions de remboursement : B-§05

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 54,54

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 54,54

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 74,37

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 74,37

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 128,89

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 128,89

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 128,89	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 128,89

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 89,23	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 89,23

Date dernière modification : 1/10/2019

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 entraînant des déformations ou des cranio-synostoses

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement	€ 5.943,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 5.943,00

Conditions de remboursement : B-§06

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

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 81,86	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 81,86

Conditions de remboursement : B-§07

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 51,17

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 51,17

Conditions de remboursement : B-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 102,34

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 102,34

Conditions de remboursement : B-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 92,10

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 92,10

Conditions de remboursement : B-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 35,82

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 35,82

Conditions de remboursement : B-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

152876 - 152880

Vis de guidage, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 35,82

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 35,82

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 79,82

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 79,82

Conditions de remboursement : B-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 112,57

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 112,57

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.

Prestations liées

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

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

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

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

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

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire

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

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

2.2. Indications

L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151351-151362, 151432-151443, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883, et 171894-171905 doit être pratiquée pour le traitement d'un failed back surgery syndrome (FBSS) réfractaire ou d'un failed neck surgery syndrome

(FNSS) réfractaire, pour un bénéficiaire avec un syndrome de la douleur neuropathique démontré, qui n'a pas réagi ou insuffisamment à un traitement multimodal pharmacologique et invasif de la douleur ou dont ce traitement n'a pas été supporté par le bénéficiaire. Le traitement est réalisé par stimulation électrique tonique intracérébrale ou par stimulation électrique tonique des cordons postérieurs de la moelle épinière, après exclusion de toutes les autres cibles.

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

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

ou

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

3. Critères concernant le dispositif

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

3.1 Définition

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

La neurostimulation tonique est réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La 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 des prestations 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 des prestations 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

L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après que le formulaire B-Form-I-01 ait été dûment complété via le registre interactif en ligne. Toutes les demandes doivent être examinées et validées pendant une concertation algologique multidisciplinaire (CAM) en collaboration avec un CMD reconnu pour ensuite être téléchargées dans le registre interactif.

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

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

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

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

4.1. Première implantation

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

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

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

Le rapport circonstancié doit comporter au minimum les éléments suivants :

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

a) antécédents médicaux et chirurgicaux;

b) distribution anatomique de la douleur (concordance avec le dermatome de l'opération précédente);

c) évaluation nociceptive avec une évaluation de la qualité des douleurs neuropathiques, un examen sensoriel en utilisant au moins le pin prick test et un toucher léger (brush);

d) il est démontré que les douleurs du bénéficiaire sont réfractaires au traitement conservateur maximal (pharmacologique et interventionnel);

e) le bénéficiaire présente sur une base journalière une intensité moyenne de la douleur de = 4/10 (NRS - Numeric Rating Scale);

f) les éléments médicaux démontrent que le traitement de fond actuel résulte en une analgésie insuffisante et/ou un nombre trop important d'effets secondaires.

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

a) Exclusion de la présence éventuelle de red flags et identification de la présence éventuelle de yellow flags;

b) Symptom checklist (SCL-90 revised);

c) Pain Coping Inventory (PCI);

d) Illness Attitude Scale (IAS);

e) Attitude face à la réactivation ou la participation active au changement dans la situation de vie;

f) Evaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire pendant la durée de l'évaluation psychologique (entre les 2 moments de consultation):

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

ii. Qualité du repos nocturne (NRS);

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

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

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

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

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

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

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

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

e) usage de médicaments (score MQS);

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

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

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

et

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

et

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

Et

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

et

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

et

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

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

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

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

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

4.2. Remplacement

Les prestations 151056-151060 ou 151093-151104 ou 171835-171846 ou 171872-171883 ou 151351-151362 ou 171894-171905 ou 151152-151163 ou 151211-151222 ou 151233-151244 ou 151255-151266 ou 171835-171846 ou 171872-171883 ou 151351-151362 ou 171894-171905 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. Remplacement prématuré

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

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

4.4. Suivi du traitement après implantation

Le bénéficiaire qui a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur depuis l'entrée en

vigueur du nouveau système doit être évalué et suivi au moins deux fois par année civile par l'équipe algologique multidisciplinaire traitante afin de conserver une relation thérapeutique.

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

Le suivi du traitement du bénéficiaire est enregistré via le formulaire B-Form-I-01 du registre interactif.

4.5. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

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

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

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

5.2 Autres règles

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

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

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

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

7. Divers

Pas d'application

Prestations liées

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 antiparkinsonnienne;

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

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.

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.

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.

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.

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 exclut, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 171496-171500, 171555-171566 et 171614-171625 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.

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 décembre 2020 au 30 novembre 2023 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-bis 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'envoi pour information à la Commission.

L'établissement hospitalier et les médecins ayant adhéré à la convention B-ACL-001-bis s'engagent 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 entraînant 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 programmeur 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

Les dispositifs visés par les prestations 171614-171625, 171636-171640 et 171651-171662 ne portent pas le marquage CE mais doivent faire l'objet d'une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

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 25 nouveaux bénéficiaires par an.

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. La nature du rapport est établie par la Commission.

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 pour avis à la 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 CE, les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

Une copie de cette dérogation sera fournie au Collège des médecins-directeurs.

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 CE, les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions. Une copie de cette dérogation sera fournie au collège des médecins-directeurs.

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 CE, les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions. 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, 171555-171566 ou 171614-171625 exclut, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance pour la prestation 170892-170903.

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 et 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 caractéristiques de référence (baseline) et les données de suivi des bénéficiaires traités dans le cadre de cette convention afin de réaliser l'analyse prévue au point 9.2. Ces données doivent être conservées dans le Dossier Patient Informatisé.

8.2. 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 e-mail au Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, à l'adresse suivante : implant@riziv-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 - nommés également évaluateur - 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 - Rapport final

Au plus tard 6 mois avant la fin de la convention, l'évaluateur doit rédiger un rapport final sur base des données collectées et le transmettre à la Commission.

Ce rapport concerne tous les bénéficiaires implantés avec un neurostimulateur pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire depuis la date d'entrée en vigueur du remboursement.

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

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 l'analyse rétrospective des coûts médicaux directs et indirects comme défini aux points 5 et 6 du contenu du rapport final.

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 décembre 2020 et est valable jusqu'au 30 novembre 2023 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.

La convention 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.

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.

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

5.2 Autres règles

Pas d'application.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

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

Date de rapport 18/02/2021

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 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.

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 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.

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.

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.

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.

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 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. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843, 173876-173880, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865, 173891-173902 et 173773-173784 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 concerné doit avoir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;

et

- 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

- cette EMA 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'EMA 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'EMA afin de réaliser les évaluations vidéo comme stipulées ci-après ;

et

- l'EMA 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 stimulation cérébrale profonde ;

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'EMA, qui détermine l'indication, la cible de la stimulation reprise dans les indications couvertes par le marquage CE en cours et le type

de dispositifs à utiliser, et ce après une évaluation standardisée et en concertation avec l'EMA 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.

L'établissement hospitalier répondant aux critères susmentionnés, introduit le formulaire B-form-II-4, auprès du Service de soins de santé.

La Commission dressera une liste avec la composition de l'EMA 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 endéans les 3 mois 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 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843, 173876-173880, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865, 173891-173902 et 173773-173784 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. Critères d'inclusion

1) 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 (panthotate 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 reprendre les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial et l'obligation de suivi du traitement après implantation.

3) 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.

2.2. Critères d'exclusion

1) Affection neurologique ou médicale grave démontrable, ou affection du cerveau organique qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.

ou

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,...).

ou

3) Démence.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843, 173876-173880, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865, 173891-173902 et 173773-173784 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire.

Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, au moyen d'une ou plusieurs extensions si nécessaire.

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

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'EMA responsable de l'implantation, seront ceux déjà pris en charge par l'assurance obligatoire.

3.3. 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) Neurostimulateurs non-rechargeables :

Une garantie (warranty) pour un neurostimulateur non-rechargeable doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de vingt-quatre mois.

Une garantie en cas de « end of life » doit être également donnée pour une période de vingt-quatre mois

b) 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.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 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 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 de se réunir trois fois par an afin d'examiner les demandes des EMA.

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, des membres du Collège des médecins-directeurs et des représentants de l'INAMI, peuvent toujours être présents.

Minimum 4 membres de la Commission Peer Review, issus de différentes EMA et dont au moins 1 neurologue ou 1 neurochirurgien, doivent donner leur avis.

Aucun de ces 4 membres ne peut appartenir à l'EMA qui a introduit la demande concernée.

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire sur la 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 30 jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review.

Cette décision est communiquée à l'EMA concernée, 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 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

Les prestations 173596-173600, 173611-173622, 173692-173703, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865 et 173891-173902 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation de ces dispositifs sur la base du formulaire B-Form-I-14 qui est transmis par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil dans les nonante jours calendrier après l'implantation.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions susmentionnées, doivent toujours être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3 Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 173633-173644 ou 173655-173666 ou 173714-173725 pour un remplacement prématuré peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

4.4. Suivi du traitement après implantation

Le bénéficiaire qui a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur doit être évalué et suivi au moins une fois par année civile par l'EMA traitante afin de conserver une relation thérapeutique.

Pour ce faire, le bénéficiaire doit signer au début de la procédure de demande une déclaration de consentement éclairé.

Les données complètes de suivi du bénéficiaire doivent toujours être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.5. Dérogation à la procédure

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés sans intervention de l'assurance et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 2, un remboursement pour le renouvellement du neurostimulateur et accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 4.1.

Dans ce cas particulier, l'EMA fait parvenir un dossier de demande de remboursement pour un renouvellement au Collège des médecins-directeurs.

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.

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173596-173600, 173611-173622 et 173692-173703 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600 ou 173611-173622.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 173692-173703, 173596-173600 et 173611-173622 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173670-173681, 173692-173703 ou 173714-173725.

5.2. Autres règles

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

La Commission Peer Review en collaboration avec les EMAs réalisera chaque année une review du suivi des patients.

Les résultats seront présentés lors d'une réunion de la Commission Peer Review.

La nature de cette review est établie par la Commission Peer Review.

Les EMAs et la Société belge de neurochirurgie, et plus particulièrement sa section Neurochirurgie stéréotaxique et fonctionnelle réalisent, sur demande de la Commission, une évaluation des données collectées et une analyse de la littérature

récente avec rapport.

La nature du rapport est établie par la Commission.

7. Divers

A la demande de la Commission ou de la Commission Peer Review, une réunion peut être organisée à tout moment.

174532	174543
174554	174565
174576	174580
174591	174602
174613	174624
174635	174646
174650	174661

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale en cas de Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) des membres inférieurs, 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 ainsi que ses modalités concernant un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs, dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court du 01/12/2019 au 30/11/2024 (info : période de 5 ans). A l'issue de cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 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 B-ACL-04 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

- 1) L'intervention chirurgicale mentionnée en 3.2. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d'un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d'un médecin spécialiste en neurochirurgie et qui assure un service de garde permanent permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels du neurostimulateur.
- 2) L'établissement hospitalier doit disposer d'un Centre Multidisciplinaire de la Douleur reconnu (CMD) - reconnu par les autorités ayant la Santé publique dans leurs attributions.
- 3) L'équipe multidisciplinaire responsable de la pose de l'indication, du screening, de l'implantation et du suivi à long terme du traitement est composée d'un neurochirurgien, d'un anesthésiste algologue, un spécialiste en médecine physique et réadaptation, d'un psychologue de la douleur et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre algologue ou d'un neurologue.

2.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier qui répond 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-05.

Le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste des établissements hospitaliers.

3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

3.1. L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte.

Cet engagement doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement et du suivi obligatoire du traitement après implantation.

3.2. Indications

L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 doit être pratiquée pour le traitement d'un CRPS des membres inférieurs démontré qui répond aux critères de diagnostic de Budapest.

L'intensité de la douleur régionale est disproportionnée avec la cause qui la provoque, le bénéficiaire présente un symptôme dans au moins trois des quatre catégories (sensoriel, vasomoteur, sudomoteur/œdème et moteur/trophique), les troubles sont objectivables dans au moins deux des quatre catégories (sensoriel, vasomoteur, sudomoteur/œdème et moteur/trophique) et d'autres causes possibles de la douleur ont été exclus.

Le bénéficiaire présente une douleur intense (NRS supérieure à 4 - Numeric Rating Scale), qui n'a pas réagi ou insuffisamment aux traitements antérieurs consistant en au moins un traitement kinésithérapique actif et un traitement pharmacologique multimodal (axé sur les composants du tableau clinique du CRPS décrit ci-dessus) et invasif de la douleur ou dont ce traitement n'a pas été supporté par le bénéficiaire.

De plus, un soutien psychothérapeutique actif doit être instauré et sera poursuivi tout au long du traitement.

4. Critères concernant le dispositif

Les prestations 174532-174543, 174554-174565 et 174576-174580 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

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

La neurostimulation tonique est réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La 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.

4.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le système de stimulation DRG (électrode et neurostimulateur), en particulier les électrodes, doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'étude clinique contrôlée randomisée. Cette étude sera publiée dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement.

4.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 174532-174543, 174554-174565 et 174576-174580, une garantie de vingt-quatre mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs (end of life). En outre, une garantie totale (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de vingt-quatre mois.

5. Nombre de bénéficiaires

Pas d'application.

6. Procédure de demande et formulaires

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

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

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

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

Les modalités d'enregistrement et de validation des données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à la Belgian Pain Society, à BeWell Innovations, Healthdata et à la Commission, sont établies par le Service des Soins de Santé.

6.1 Première implantation

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174532-174543, 174591-174602 et 174650-174661 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement B-Form-I-17 ait été complété avant implantation, via le registre interactif.

La demande doit être envoyée via le registre interactif à l'Organe Consultatif National (OCN) avant la thérapie d'essai et après

cette thérapie d'essai.

Cette demande se fait en téléchargeant un rapport médical circonstancié qui doit être examiné et validé pendant une CAM. Le médecin-conseil reçoit ensuite une demande pour le bénéficiaire via le registre interactif.

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

L'OCN se compose d'anesthésistes algologues (5), de psychologues de la douleur (2) et de neurochirurgiens ou chirurgiens orthopédistes ayant une expérience particulière en chirurgie du dos (3) et d'un algologue psychiatre ou d'un neuropsychiatre ou d'un neurologue ou d'un spécialiste en médecine physique et réadaptation qui travaillent dans une équipe algologique multidisciplinaire (EAM) ou un centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) répartis sur l'ensemble du pays.

Afin de se réunir valablement, au moins 6 membres doivent être présents, dont au moins 3 anesthésistes algologues, 1 psychologue de la douleur et 1 neurochirurgien ou chirurgien orthopédiste ayant une expérience particulière en chirurgie du dos.

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

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

Au moins la moitié +1 des membres présents dont minimum 2 anesthésistes algologues et 1 psychologue de la douleur de l'OCN doivent donner un avis positif.

6.1.1. La demande avant la thérapie d'essai se fait en téléchargeant un rapport multidisciplinaire circonstancié validé au moyen du formulaire B-Form-I-17 partie A dans le registre interactif avec une notification automatique au médecin-conseil. Ce rapport multidisciplinaire renferme une analyse du bilan médical du syndrome de la douleur liés au CRPS ainsi que le bilan psychologique approfondi. Le rapport médical circonstancié est également validé et signé par le coordinateur médical du CMD.

Toutes les données de base du bilan médical et psychologique doivent être présentes sous forme originale et consultables à tout moment dans le registre interactif.

Le rapport multidisciplinaire circonstancié doit comporter au minimum les éléments suivants :

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

a) antécédents médicaux et chirurgicaux;

b) distribution anatomique de la douleur spontanée et/ou provoquée montre une distribution régionale claire dans les membres inférieurs ;

c) évaluation nociceptive clinique et objective démontrant la conformité aux critères de diagnostic du CRPS (critères de Budapest) et avec une description des symptômes et des troubles présents dans les catégories suivantes: sensoriel, vasomoteur, sudomoteur/œdème et moteur/trophique;

d) il est démontré que les douleurs du bénéficiaire sont réfractaires à un traitement multidisciplinaire intégré maximal (kinésithérapie actif, pharmacologique multimodal, interventionnel et psychologique);

e) le bénéficiaire présente sur une base journalière une intensité moyenne de la douleur supérieure à 4/10 (NRS > 4);

f) les éléments médicaux démontrent que le traitement de fond actuel résulte en une analgésie insuffisante et/ou un nombre trop important d'effets secondaires ;

g) les éléments médicaux fournis démontrent que d'autres causes de la douleur ont été recherchées et exclues.

- les résultats du bilan psychologique avant la thérapie d'essai (qui se compose d'au moins 2 consultations si le bénéficiaire n'était pas suivi auparavant au sein du CMD et dont les résultats sont reproduits dans un rapport psychologique séparé) contenant au moins les éléments suivants :

a) Exclusion de la présence éventuelle de red flags et identification de la présence éventuelle de yellow flags et de blue flags;

b) Symptom checklist (SCL-90 revised);

c) Pain Coping Inventory (PCI);

d) Illness Attitude Scale (IAS);

e) Attitude face à la réactivation ou la participation active au changement dans la situation de vie;

f) Evaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire pendant la durée de l'évaluation psychologique (entre les 2 moments de consultation):

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

ii. Qualité du repos nocturne (NRS);

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

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

Sur la base de cette évaluation du rapport multidisciplinaire circonstancié, l'OCN envoie sa conclusion argumentée (avis positif - avis négatif - report) via le registre interactif au médecin-conseil et au CMD concerné.

Le médecin-conseil prend la décision de poursuivre le traitement pour chaque bénéficiaire séparément.

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

L'avis de l'OCN est réputé accepté, sauf opposition du médecin-conseil dans le délai de dix jours ouvrables susmentionné.

6.1.2. La demande pour l'implantation définitive après la thérapie d'essai se fait en téléchargeant un rapport multidisciplinaire circonstancié validé au moyen du formulaire B-Form-I-17 partie B dans le registre interactif. Ce rapport multidisciplinaire renferme le bilan psychologique approfondi à la fin du traitement d'essai et les données objectives collectées pendant la thérapie d'essai. Le rapport circonstancié est également validé et signé par le coordinateur médical du CMD.

Le rapport circonstancié doit comporter au minimum les éléments suivants :

- les résultats d'une thérapie d'essai (au niveau du ganglion de la racine dorsale concernée) réalisée pendant une période de vingt-et-un jours au moins;

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

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

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

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

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

e) évolution de l'usage de médicaments pendant le thérapie d'essai (score MQS);

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

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

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

et

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

et

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

et

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

et

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

et

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

Sur la base de cette évaluation de la thérapie d'essai, l'OCN envoie sa conclusion argumentée (avis positif - avis négatif - report) via le registre interactif au médecin-conseil.

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

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours ouvrables qui suivent la réception de l'avis de l'OCN.

Cette décision est communiquée via le registre interactif à l'équipe algologique concernée, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur, au pharmacien hospitalier et à l'OCN.

Le formulaire B-Form-I-17 partie C doit être complété dans le registre interactif.

6.1.3. Pour la prestation 174650-174661 dans l'indication reprises sous 3. :

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

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

- et que tous les autres critères de remboursement repris sous les points 2. et 3. susvisés soient réalisés.

6.2. Remplacement

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174554-174565, 174613-174624 et 174635-174646 pour un remplacement ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement B-Form-I-18 ait été complété avant implantation, via le registre interactif.

La demande doit être envoyée via le registre interactif à l'OCN. Cette demande se fait en téléchargeant un rapport médical circonstancié et les données de suivi du traitement qui doivent être examinés et validés pendant une concertation algologique multidisciplinaire. Le médecin-conseil reçoit ensuite une demande pour le bénéficiaire via le registre interactif.

Sur la base de cette évaluation, l'OCN envoie sa conclusion argumentée (avis positif - avis négatif - report) via le registre interactif au médecin-conseil du bénéficiaire.

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

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

6.3 Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174576-174580 pour un remplacement anticipé, c'est-à-dire avant le délai de vingt-quatre mois pour les neurostimulateurs, peut être accordée selon les modalités prévues au point 6.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées. De plus, une note de crédit doit être jointe à la demande.

6.4. Suivi du traitement après implantation

Le bénéficiaire qui a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur depuis l'entrée en vigueur de la convention doit être évalué et suivi tous les 6 mois par l'équipe algologique multidisciplinaire traitante afin de conserver une relation thérapeutique.

Pour ce faire, le bénéficiaire doit signer au début de la procédure de demande un contrat de suivi avec le CMD traitant.

Le suivi du traitement du bénéficiaire est enregistré au moyen du formulaire B-Form-I-19 via le registre interactif.

6.5 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, une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 6.2.

7. Règles d'attestation

7.1 Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174532-174543 exclut, pendant une période d'un an prenant cours à la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185 et inversement.

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

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174532-174543 exclut une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174635-174646 et inversement.

7.2. Autres règles

Les prestations 174532-174543, 174554-174565 et 174576-174580 suivent les modalités de remboursement de la catégorie A.

Les prestations 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 suivent les modalités de remboursement de la catégorie E.

La prestation 174532-174543 ne peut être attestée qu'une seule fois.

En adhérant à la convention, l'établissement hospitalier s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coûts d'un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs qui n'est pas repris sur la liste nominative.

En adhérant à la convention, l'établissement hospitalier s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coûts d'un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs lors de l'implantation chez un bénéficiaire qui ne satisfait pas aux critères d'inclusion repris au point 3.

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.

Les paramètres à enregistrer 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 un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs.

Un décès, une nouvelle hospitalisation en raison de douleurs ou des complications résultant du dispositif et survenant en-dehors des moments de suivi prévus doivent également être enregistrés dans le registre interactif au moyen du formulaire B-Form-I-19 et dans le dossier médical.

Lorsque la Commission constate, à l'occasion d'une recherche du service ou 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 pour cet établissement.

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 avec cet établissement hospitalier est résiliée. Le Service en informe la Commission et le Comité de l'Assurance.

Quand pour un établissement hospitalier adhérent à la convention, il est constaté pour la deuxième fois à l'occasion d'une recherche du service ou dans le du rapport intermédiaire que plus de 20% des données de suivi des bénéficiaires sont manquantes ou incomplètes, la convention avec cet établissement hospitalier est immédiatement suspendue d'office. Le Service en informe la Commission et la Comité de l'assurance.

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 les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 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, la convention avec cet établissement hospitalier est immédiatement résiliée. Le Service en informe la Commission et la Comité de l'assurance.

8.2. Communication de toute modification

Pendant tout la durée de la convention, les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui induisent qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 2, sont communiquées spontanément par le coordinateur du CMD 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@riziv-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 désignée par la BPS en concertation avec les établissements hospitaliers et les organismes assureurs qui ont signé la convention.

Cette Commission Peer Review est composée au minimum d'anesthésistes algologues, de psychologues de la douleur, de neurochirurgiens et d'un spécialiste en médecine physique et réadaptation d'établissements hospitaliers planteurs et un membre de la BPS qui ne fait pas partie des établissements hospitaliers planteurs.

Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

9.2. Analyse intermédiaire - Rapport

Après trente mois, la Commission peer-review présente avant le 31/05/2022, un rapport écrit intermédiaire à la Commission, basé sur les données collectées.

Le rapport comprend au minimum les données suivantes :

1) nombre de patients traités sous les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 par établissement hospitalier qui a adhéré à la convention ;

2) paramètres lors du suivi :

- localisation des électrodes (niveau du ganglion dorsal) et côté ;
- paramètres de stimulation et réglages du neurostimulateur ;

durée de vie du neurostimulateur ;

3) pourcentage d'explantation définitive ;

4) pourcentage de suivi annuel manquant et raison du manque de suivi, par établissement hospitalier.

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 31/05/2024 (date de fin moins 6 mois), 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 l'effet analgésique de la stimulation DRG (Dorsal Root Ganglion) à court et à long terme ?
2. Quel est l'effet de la stimulation DRG sur la revalidation fonctionnelle et la réintégration des patients ?

3. Quel est l'impact de la stimulation DRG sur les paramètres de qualité de vie (QoL - au moyen de l'enquête EQ-5D-5L) ?
4. Le dispositif peut-il être implanté sans risque de complications sérieuses et son utilisation est-elle sûre et fiable à long terme?
5. Le dispositif reste-t-il fonctionnel pendant plusieurs années sans l'apparition d'autres problèmes importants pour le bénéficiaire, tels que le déplacement des électrodes, une perte d'efficacité, des saignements ou une fibrose, etc ?
6. 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 stimulation DRG, accompagnée 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 six mois avant la date de remise du rapport final.
- 2) Une analyse de la population des patients dans le registre interactif, portant au moins sur :
 - a. Les données démographiques ;
 - b. Un aperçu des critères qui ont mené à la décision de l'utilisation de l'implant ;
 - c. La sécurité liée à la procédure et succès;
 - d. Le nombre d'implantations par établissement hospitalier ;
 - e. Une 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. Coûts liés à la procédure d'implantation
 - b. Coût de la prise en charge des principales complications aiguës/péri- et post-procédurales;
 - c. Coût liés à la prise en charge des complications majeures post-procédurales et coûts associés aux révisions ;
 - d. Coûts liés à la ré-hospitalisation ;
 - e. Une discussion 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 la revue de 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 du rapport final (une analyse rétrospective des frais médicaux directs) pour au plus tard 6 mois avant le rapport final 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 01/12/2019 et est valable jusqu'au 30/11/2024 (date de début + 5 ans) 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.

La convention 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

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

Date dernière modification : 1/12/2019

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, âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

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, ayant une perte auditive bilatérale sévère

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

152972 - 152983

Kit comprenant une aide auditive controlatérale complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31201

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

152994 - 153005

Kit comprenant une aide auditive controlatérale complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur douzième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31202

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/04/2015

170811 - 170822

Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes, pour les 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

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/04/2015

170833 - 170844

Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes, pour les 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

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

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

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/08/2019

180574 - 180585

Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/08/2019

180596 - 180600

Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/08/2019

180611 - 180622

Kit comprenant une aide auditive controlatérale complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31201

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/08/2019

180633 - 180644

Kit comprenant une aide auditive controlatérale complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère avec une ossification bilatérale imminente

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31202

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C.1.1.3 Implant cochléaire en cas de neuropathie auditive

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/08/2019

180655 - 180666

Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une neuropathie auditive

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31101

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/08/2019

180670 - 180681

Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires, à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une neuropathie auditive

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31102

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/08/2019

180692 - 180703

Kit comprenant une aide auditive controlatérale complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires, âgés de moins de huit ans, ayant une neuropathie auditive

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31201

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/08/2019

180714 - 180725

Kit comprenant une aide auditive controlatérale complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaire multiélectrodes pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ayant une neuropathie auditive

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31202

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 15.983,84

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C.1.1.4 Remplacements

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

153016 - 153020

Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable, pour les bénéficiaires âgés 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

€ 5.138,38

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 5.138,38

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :
1/07/2014

153053 - 153064

Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable pour l'oreille contralatérale, pour les bénéficiaires âgés 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

€ 5.138,38

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 5.138,38

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 10.845,46

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§01

Date dernière modification : 1/12/2019

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

€ 10.845,46

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 : 1/04/2018

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	€ 327,19	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 327,19

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 327,19	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 327,19

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

153171 - 153182

Piston

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 89,23	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 89,23

C.1.3 Systèmes d'ancrage pour le BAHA (Bone Anchored Hearing Aids)

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.128,34	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.128,34

Conditions de remboursement : C-§02

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 317,28

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 317,28

Conditions de remboursement : C-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 906,24

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 906,24

C.1.4 Implant de l'oreille moyenne

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/09/2015

172351 - 172362

Remplacement du processeur vocal d'un implant actif de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement : I.C.a

Liste Nom. 35001

Base de remboursement € 2.384,21

Marge de sécurité (%) 20,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 2.861,05

Marge de sécurité (€) € 476,84

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 2.384,21

Conditions de remboursement : C-§09

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/09/2015

172373 - 172384

Remplacement de la partie à implanter d'un implant actif de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement : I.A.a

Liste Nom. 31303

Base de remboursement *Liste Nom.*

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond

€ 5.858,61

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : C-§09

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/08/2020

181274 - 181285

Partie implantable d'un implant actif de l'oreille moyenne, dans le cas d'une perte auditive de perception

Catégorie de remboursement : I.A.a

Liste Nom. 31304

Base de remboursement *Liste Nom.*

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond

€ 9.369,63

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

C. Oto-rhino-laryngologie

Conditions de remboursement : C-§09

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/08/2020

181296 - 181300

Partie implantable d'un implant actif de l'oreille moyenne, dans le cas d'une perte auditive mixte

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31305

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.369,63

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§09

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/08/2020

181311 - 181322

Partie implantable d'un implant actif de l'oreille moyenne, dans le cas d'une perte auditive de transmission

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31306

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.369,63

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§09

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/08/2020

181333 - 181344

Processeur vocal d'un implant actif de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

31307

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1,00

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

C-§09

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/08/2020

181355 - 181366

Remplacement anticipé du processeur vocal d'un implant actif de l'oreille moyenne

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

35002

Base de remboursement

€ 2.384,21

Marge de sécurité (%) 20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 2.861,05

Marge de sécurité (€) € 476,84

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 2.384,21

Conditions de remboursement :

C-§09

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/08/2020

181370 - 181381	Remplacement anticipé de la partie à implanter d'un implant actif de l'oreille moyenne				
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste Nom.	31308		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 5.858,61	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
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 : 1/04/2018

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 122,80	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 67,54
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 55,26

Date dernière modification : 1/04/2018

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 122,80	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 67,54
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 55,26

Date dernière modification : 1/04/2018

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 122,80	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 67,54
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 55,26

Conditions de remboursement : C-§03

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 122,80 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 67,54

Montant du remboursement € 55,26

Conditions de remboursement : C-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 122,80 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 67,54

Montant du remboursement € 55,26

Conditions de remboursement : C-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 122,80 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 67,54

Montant du remboursement € 55,26

Conditions de remboursement : C-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 146,34 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 80,48

Montant du remboursement € 65,86

Conditions de remboursement : C-§03

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 146,34	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 80,48	
					Montant du remboursement	€ 65,86

Conditions de remboursement : C-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 176,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 96,80	
					Montant du remboursement	€ 79,21

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 194,44	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 106,94	
					Montant du remboursement	€ 87,50

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 249,70	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 137,33	
					Montant du remboursement	€ 112,37

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 245,60	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 135,08	
					Montant du remboursement	€ 110,52

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 122,80	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 67,54	
					Montant du remboursement	€ 55,26

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 137,12	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 75,41	
					Montant du remboursement	€ 61,71

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 22,51	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 12,38	
					Montant du remboursement	€ 10,13

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 32,75	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 18,01	
					Montant du remboursement	€ 14,74

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 32,75	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 18,01	
					Montant du remboursement	€ 14,74

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 22,51	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 12,38	
					Montant du remboursement	€ 10,13

C.3 Intervention sur le larynx/la trachée

C.3.1 Prothèse de la parole et accessoires

Date dernière modification : 1/03/2019

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	€ 34,71	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 34,71	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 34,71

Conditions de remboursement : C-\$04

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/03/2019

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	€ 184,42	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 184,42	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 184,42

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/03/2019

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	€ 232,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 232,01

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/03/2019

Date première publication :
1/07/2014

153672 - 153683

Filtre externe pour humidificateur trachéal

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 118,98	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 118,98

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/03/2019

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	€ 138,81	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 138,81

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/03/2019

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	€ 69,40	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 69.40

Conditions de remboursement : C-§04

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/03/2019

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	€ 680,18	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 680,18

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/03/2019

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	€ 900,29	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 900,29

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/03/2019

180530 - 180541

Prothèse de la parole pour placement permanent dans un shunt trachéo-oesophagien pour les bénéficiaires ayant des fuites périprothétiques et/ou intra-prothétiques prématurées

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom. 37101

Base de remboursement	€ 1.106,50	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.106,50	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.106,50

Conditions de remboursement : C-§04

C.3.2 Tissu synthétique

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 5,26	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 5,26	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 5,26

C. Oto-rhino-laryngologie

C.3.3 Tuteurs et canules

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,11	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 104,11

Conditions de remboursement : C-§05

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 178,47	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 178,47

Conditions de remboursement : C-§05

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 282,58	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 282,58

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

153856 - 153860 Tube de dérivation salivaire, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 312,32	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 312,32

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 54,54	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 54,54

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

Conditions de remboursement : C-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

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

Date dernière modification : 1/04/2018

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

Conditions de remboursement : C-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

153952 - 153963

Canule trachéale en argent, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	€ 307,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 76,75	
					Montant du remboursement	€ 230,26

Conditions de remboursement : C-§06

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 235,37	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 235,37

Conditions de remboursement : C-§07

C.4 Intervention sur la thyroïde et les glandes parathyroïdes

C.4.1 Matériel pour (para)thyroïdectomie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

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	€ 377,62	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 377,62

Conditions de remboursement : C-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

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	€ 377,62	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 377,62

Conditions de remboursement : C-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

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	€ 377,62	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 377,62

Conditions de remboursement : C-§08

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

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	€ 377,62	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 377,62

Conditions de remboursement : C-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

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	€ 377,62	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 377,62

Conditions de remboursement : C-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

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	€ 377,62	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 377,62

Conditions de remboursement : C-§08

C.5 Autres

C.5.1 Points de contact pour épithèses

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 441,22	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 441,22

Conditions de remboursement : C-§02

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 190,36

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 190,36

Conditions de remboursement : C-\$02

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 359,92

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 359,92

Conditions de remboursement : C-\$02

C.5.2 Ciment

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

154291 - 154302

Ciment acrylique pour la fermeture de défauts crâniofaciaux, par 10 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 59,49

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 59,49

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

154313 - 154324

Ciment à base d'apatite pour la fermeture de défauts crâniofaciaux, par 5 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 218,13

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 218,13

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
180574	180585
180596	180600
180611	180622
180633	180644
180655	180666
180670	180681
180692	180703
180714	180725

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, 170833-170844, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622, 180633-180644, 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 et 180714-180725 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 en oto-rhino-laryngologie (médecin ORL) 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. Le réglage et le 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, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'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, 170833-170844, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622, 180633-180644, 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 et 180714-180725 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

2.1. L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation de l'implant cochléaire ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

Compte-tenu de l'affection, de l'âge, du développement du langage en l'état et des résultats attendus de l'implantation, le bénéficiaire est orienté vers un suivi logopédique ou un programme de rééducation multidisciplinaire. Ceci doit être discuté avec le bénéficiaire (ou la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant) avant l'implantation.

Un centre ou un logopède qui peut garantir le suivi ou la rééducation doit être proposé au bénéficiaire.

L'équipe multidisciplinaire de l'établissement hospitalier d'implantation se tient à la disposition du bénéficiaire, en concertation avec le logopède et/ou le centre de rééducation multidisciplinaire, en cas de questions sur la rééducation auditive.

En cas de retard mental, de problèmes psychologiques ou psychiatriques, aussi bien chez les enfants que les adultes, un avis psychologique doit être joint à la demande, dans lequel doivent être spécifiquement évalués le contexte familial ainsi que la possibilité d'un suivi logopédique ou d'un programme de rééducation multidisciplinaire du bénéficiaire.

2.2. Indications

2.2.1. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère; pour la première oreille (prestations 152935-152946 et 152950-152961):

Les examens montrent l'existence d'une perte auditive aux deux oreilles, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

- Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 70 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

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

et

- Chez les bénéficiaires à partir de leur sixième anniversaire, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué comme étant inférieur ou égal à 50 %, sans aides auditives ou appareil amplificateur des sons adéquats. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant)).

Au cas où l'audiométrie vocale ne serait pas réalisable chez un bénéficiaire à partir de son sixième anniversaire, par exemple suite à un retard de développement ou à un retard mental (qui ne constituent pas en soi de contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit être expliquée dans le formulaire de demande et être motivée par un rapport psychiatrique ou psychologique circonstancié.

2.2.2. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale asymétrique (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 s'élève au moins à 60 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

- Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 65 dB nHL (normal hearing level).

Les examens montrent l'existence d'une perte auditive à la plus mauvaise oreille, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

- Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 85 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

- Le seuil du pic V au test BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 90 dB nHL (normal hearing level) ;

et

- Chez les bénéficiaires à partir de leur sixième anniversaire, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué comme étant inférieur ou égal à 30 %, sans utilisation d'aides auditives ou appareil amplificateur des sons adéquats. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant)).

Au cas où l'audiométrie vocale ne serait pas réalisable chez un bénéficiaire à partir de son sixième anniversaire, par exemple suite à un retard de développement ou à un retard mental (qui ne constituent pas en soi de contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit être expliquée dans le formulaire de demande et motivée par un rapport psychiatrique ou psychologique circonstancié.

L'implantation doit être réalisée 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 d'application uniquement pour la plus mauvaise oreille.

2.2.3. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère et une ossification bilatérale imminente ; pour la première oreille (prestations 180574-180585 et 180596-180600) :

Les examens montrent l'existence d'une perte auditive aux deux oreilles, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

- Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 70 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

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

et

- Il y a une fibrose ou une ossification imminente.

2.2.4. Pour les bénéficiaires avec une neuropathie auditive; pour la première oreille (prestations 180655-180666 et 180670-180681) :

Les examens réalisés sur les deux oreilles démontrent qu'il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

- Un test BERA (brainstem evoked response audiometry) à 75 dB nHL (normal hearing level) réalisé sur les deux oreilles ne donne aucune réponse ou des réponses mal synchronisées anormales qui ne peuvent pas être expliquées par des lésions dans l'angle ponto-cérébelleux ou une tumeur au niveau du huitième nerf crânien (un neurinome de l'acoustique) ;

et

- Pour les bénéficiaires en âge de réaliser une audiométrie vocale (à partir de leur sixième anniversaire), le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque pour les deux oreilles est en contradiction avec les résultats obtenus lors de l'audiométrie vocale ;

et

- Il y a une activité préservée des cellules ciliées externes de la cochlée au niveau d'au moins une des deux oreilles, basée sur le recueil d'oto-émissions acoustiques et/ou de potentiels microphoniques cochléaires ;

et

- Chez les bénéficiaires sourds pré-linguaux, il y a un déficit dans le développement du langage (mis en évidence lors de l'usage d'un appareil auditif) ;

et

- Chez les bénéficiaires sourds post-linguaux à partir de leur sixième anniversaire, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué comme étant inférieur ou égal à 50 %, sans aides auditives ou appareil amplificateur des sons adéquats. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant)).

Au cas où l'audiométrie vocale ne serait pas réalisable chez un bénéficiaire à partir de son sixième anniversaire, par exemple suite à un retard de développement ou à un retard mental (qui ne constituent pas en soi de contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit être expliquée dans le formulaire de demande et être motivée par un rapport psychiatrique ou psychologique circonstancié.

2.2.5. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère, une perte auditive bilatérale sévère avec ossification bilatérale imminente ou avec une neuropathie auditive; pour l'oreille controlatérale (prestations 152972-152983, 152994-153005, 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 et 180714-180725) :

Le bénéficiaire a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour une première aide auditive via la prestation 683690-683701, 152935-152946, 152950-152961, 170811 - 170822, 170833 - 170844, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666 ou 180670-180681.

Si le bénéficiaire a déjà reçu un avis positif pour une première aide auditive pour une perte auditive bilatérale asymétrique décrite sous la prestation 170811-170822 ou 170833-170844, il doit être démontré que l'oreille controlatérale a évolué vers une perte auditive bilatérale sévère, comme décrit sous le point 2.2.1.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 170811-170822, 170833-170844, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622, 180633-180644, 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 et 180714-180725 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif 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 âgés 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 controlatérale, 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 âgés 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 âgés de huit ans ou plus.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par un médecin ORL appartenant à l'équipe qui réalisera ou a réalisé l'implantation.

L'implantation doit être réalisée dans l'établissement hospitalier du médecin ORL qui introduit la demande.

Les résultats personnalisés attendus du suivi logopédique ou du programme de rééducation multidisciplinaire doivent être indiqués dans le formulaire de demande.

4.1.1. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère ; pour la première oreille (prestation 152950-152961) :

La prestation pour l'implantation en cas de perte auditive bilatérale sévère chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire (152950-152961) ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-01, entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

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

La décision du médecin-conseil est communiquée simultanément et immédiatement au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

4.1.2. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale asymétrique (prestations 170811-170822 et 170833-170844) :

Les prestations pour l'implantation en cas de perte auditive bilatérale asymétrique (170811-170822 et 170833-170844) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-06, entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

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

La décision du médecin-conseil est communiquée simultanément et immédiatement au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

4.1.3. Pour les bénéficiaires avec une neuropathie auditive ; pour la première oreille (prestations 180655-180666 et 180670-180681) :

Les prestations pour l'implantation en cas de neuropathie auditive (180655-180666 et 180670-180681) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-03 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

Le formulaire mentionne les attentes en matière de compréhension de la parole par le bénéficiaire après l'implantation cochléaire, en particulier s'il y a des signes que la neuropathie est de nature post-synaptique.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

4.1.4. Pour les bénéficiaires avec une perte auditive bilatérale sévère ; pour l'oreille controlatérale (prestations 152972-152983 et 152994-153005) :

La prestation pour l'implantation controlatérale, en cas de perte auditive bilatérale sévère chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire (152994-153005) et si l'implantation à la première oreille résulte d'une perte auditive bilatérale sévère, ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin-conseil, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-02, entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

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

La décision du médecin-conseil est communiquée simultanément et immédiatement au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

Les prestations pour l'implantation controlatérale, en cas de perte auditive bilatérale sévère (152972-152983 et 152994-153005) et si l'implantation à la première oreille résulte d'une perte d'audition bilatérale asymétrique, ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-10, entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

4.1.5. Pour les bénéficiaires avec une neuropathie auditive ; pour l'oreille controlatérale (prestations 180692-180703 et 180714-180725) :

Les prestations pour l'implantation controlatérale en cas de neuropathie auditive (180692-180703 et 180714-180725) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-11 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

4.2. Remplacement

Pour le remplacement d'un dispositif (partie à implanter et/ou processeur vocal) qui n'était pas remboursé par l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement, doivent être fournis par un médecin ORL appartenant à l'équipe qui réalisera le remplacement au Collège des médecins-directeurs, avant ou après le remplacement, sur base du formulaire C-Form-I-12 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

4.3. Remplacement prématuré

Une intervention de l'assurance obligatoire en cas de remplacement prématuré pour la prestation 153090-153101, 153112-

153123, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064 ou 153075-153086 pendant la période de garantie décrite au point 3.3., peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant ce remplacement prématuré et après évaluation que le dispositif remplacé ne tombe pas dans les conditions de garantie.

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. Règles pour la procédure d'intervention de l'assurance obligatoire (première implantation et oreille controlatérale) :

L'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées, sauf opposition du médecin-conseil ou du Collège des médecins-directeurs dans le délai de quarante-cinq jours susmentionné et si l'implantation est réalisée endéans les six mois après le délai de quarante-cinq jours susmentionné.

L'accord du médecin-conseil ou du Collège des médecins-directeurs est valable pour une implantation réalisée endéans les six mois suivant la date d'envoi de l'accord.

Un accord expire à la date d'anniversaire du bénéficiaire dans les cas suivants :

- pour la prestation, 170811-170822, 180655-180666 ou 180692-180703, si le huitième anniversaire du bénéficiaire tombe dans la période de six mois susmentionnée,

ou

- pour la prestation 152994-153005 ou 170833-170844, si le douzième anniversaire du bénéficiaire tombe dans la période de six mois susmentionnée,

ou

- pour la prestation 180670-180681 ou 180714-180725, si le dix-huitième anniversaire du bénéficiaire tombe dans la période de six mois susmentionnée

En cas d'accord pour la prestation 170811-170822 ou 170833-170844, si la fin de la période de trois ans telle que décrite sous le point 2.2.2. tombe dans la période de l'accord, alors l'accord expire à la fin de la période décrite sous le point 2.2.2.

5.2.2. Prestation 152935-152946, 152972-152983, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622 ou 180633-180644 :

L'intervention de l'assurance obligatoire n'est plus due, dans les cas suivants :

- si l'implantation n'a pas encore eu lieu la veille du huitième anniversaire du bénéficiaire pour la prestation 152935-152946, 152972-152983, 180574-180585 ou 180611-180622,

ou

- si l'implantation n'a pas encore eu lieu la veille du dix-huitième anniversaire du bénéficiaire pour la prestation 180596-180600 ou 180633-180644.

5.2.3. Prestation 153016-153020 ou 153053-153064 (remplacement du processeur vocal avant l'âge de huit ans) :

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153016-153020 ou 153053-153064 ne peut être accordée qu'aux bénéficiaires avant l'âge de huit ans et soit :

- minimum trois ans après la prestation 152935-152946, 152972-152983, 153016-153020, 153053-153064, 170811-170822, 180574-180585, 180611-180622, 180655-180666 ou 180692-180703 ;
- minimum trois ans après la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 de la nomenclature.

5.2.4. Prestation 153031-153042 ou 153075-153086 (remplacement du processeur vocal à partir du huitième anniversaire) :

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153031-153042 ou 153075-153086 ne peut être accordée qu'aux bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire et soit :

- minimum trois ans après la prestation 152935-152946, 152972-152983, 153016-153020, 153053-153064, 170811-170822, 180574-180585, 180611-180622, 180655-180666 ou 180692-180703 ;
- minimum cinq ans après la prestation 152950-152961, 152994-153005, 153031-153042, 153075-153086, 170833-170844, 180596-180600, 180633-180644, 180670-180681 ou 180714-180725 ;
- minimum trois ans après la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 de la nomenclature si la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 a été prestée avant leur huitième anniversaire ;
- minimum cinq ans après la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 de la nomenclature si la prestation 683690-683701, 691891-691902, 683233-683244 ou 691935-691946 a été prestée à partir de leur huitième anniversaire.

5.2.5. Prestation 153090-153101 ou 153112-153123 (remplacement des parties implantées) :

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153090-153101 ne peut être accordée que dix ans après que la prestation 683690-683701 de la nomenclature ou 152935-152946 ou 152950-152961 ou 153090-153101 ou 170811-170822 ou 170833-170844 ou 180574-180585 ou 180596-180600 ou 180655-180666 ou 180670-180681 n'ait été attestée et ne peut être portée en compte qu'une fois par période de dix ans.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153112-153123 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 152972-152983 ou 152994-153005 ou 153112-153123 ou 180611-180622 ou 180633-180644 ou 180692-180703 ou 180714-180725 ou 691891-691902 ou 685333-685344 de la nomenclature n'ait été attestée et ne peut être portée en compte qu'une fois par période de dix ans.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

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.

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

Prestations liées

153613	153624
153635	153646
153650	153661
153672	153683
153694	153705
153716	153720
153731	153742
153753	153764
180530	180541

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

La prestation 180530 - 180541 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

Au moins 3 prothèses de la parole prévues sous la prestation 153635 - 153646 sont placées chez le bénéficiaire endéans un délai de maximum 5 mois préalablement à la prestation 180530 - 180541 et ce, en raison de:

- une candidose excessive

et/ou

- une formation du tissu de granulation au niveau du shunt trachéo-oesophagien

et/ou

- une ouverture involontaire de la valve suite à une pression négative dans l'œsophage et/ou le thorax pendant la déglutition ou la respiration.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 180530 - 180541 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

Posséder au moins une preuve clinique de l'efficacité de la prothèse de la parole concernée à prévenir des remplacements fréquents à cause de fuites péri-prothétiques et/ou intra-prothétiques.

Cette preuve clinique doit comporter au moins une étude clinique rétrospective ou prospective (pas de case report) publiée dans un journal peer-reviewed. Dans ces études, les éléments suivants sont au minimum décrits :

- le groupe cible tel que décrit au point 2
- preuve qu'il y a une augmentation de la durée de vie in situ d'au moins 3 fois par rapport à la prothèse de la parole prévue sous la prestation 153635 - 153646 ou que la durée de vie médiane in situ est d'au moins 8 mois.

3.3 Conditions de garantie

La prestation 180530 - 180541 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux conditions de garantie suivantes :

Un an de garantie totale à 100% quelle que soit la raison du remplacement.

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, 153716-153720 et 180530 - 180541 doivent être prescrites par un médecin spécialiste en chirurgie, stomatologie ou oto-rhino-laryngologie.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications décrit au point 2. 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.

Les dispositions en matière de garantie doivent également être respectées.

Pour le remplacement des prothèses de la parole prévues sous la prestation 180530 - 180541 qui n'ont pas été remboursées par l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement mentionnés au point 2, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pour les prestations 153613-153624, 153635-153646, 153650-153661, 153672-153683, 153731-153742, 153753-153764, 153694-153705 et 153716-153720 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, 153635-153646 et 180530 - 180541 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 sur une période de 12 mois.

La prestation 180530 - 180541 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'une seule fois sur une période de 12 mois.

La prestation 153650-153661 ne peut être attestée que cinq fois sur une période de 12 mois.

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 être attestée que cinq fois sur une période de 12 mois.

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 sur une période de 12 mois.

La prestation 153716-153720 ne peut être attestée que deux fois sur une période de 12 mois.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

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

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

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

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

172351	172362
172373	172384
181274	181285
181296	181300
181311	181322
181333	181344
181355	181366
181370	181381

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 172351-172362, 172373-172384, 181355-181366 et 181370-181381 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. Pose d'indication

Pour poser l'indication, le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie (médecin ORL) 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 et du processeur vocal éventuel 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, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'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 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 172351-172362, 172373-172384, 181355-181366 et 181370-181381 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 (prestations 181274-181285, 181296-181300 et 181311-181322) :

Le bénéficiaire doit :

- Se situer dans la limite d'âge reprise dans le marquage CE du dispositif implanté tel qu'indiqué dans le mode d'emploi;

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, 1000, 2000 et 4000 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 souffrir d'une cause médicale ou anatomique qui l'empêche de porter une aide auditive conventionnelle.

Et

- Les tests auditifs qui indiquent que la perte auditive est stable sur une période d'au moins deux années (< 15 dB HL de différence sur la moyenne de trois des cinq fréquences suivantes : 250, 500, 1000, 2000 et 4000 Hz) doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

2.2.1. Indications additionnelles pour l'oreille à implanter avec une perte auditive de perception (prestation 181274-181285) :

- Tympan intact et oreille moyenne aérée ;

Et

- Les seuils en conduction aérienne sont ceux repris dans les indications couvertes par le marquage CE du dispositif implanté tel qu'indiqué dans le mode d'emploi ;

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 une perte auditive mixtes ou de transmission (prestations 181296-181300 et 181311-181322) :

- Soit : Le bénéficiaire n'entre pas en ligne de compte pour une 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 reste limitée par un écart entre les seuils de conduction aérienne et osseuse (air-bone gap) ≥ 30 dB ;

Et

- Les seuils en conduction osseuse sont ceux repris dans les indications couvertes par le marquage CE du dispositif implanté tel qu'indiqué dans le mode d'emploi.

2.2.3. Indications additionnelles pour un processeur vocal externe (prestation 181333-181344) :

2.2.3.1. Pour l'implant qui fonctionne uniquement avec un processeur vocal non implantable :

- Il n'y a pas d'indications additionnelles.

2.2.3.2. Pour l'implant qui fonctionne avec un processeur vocal non implantable optionnel, les indications additionnelles sont :

Soit : Les seuils en conduction aérienne ou en conduction osseuse sont ceux repris dans les indications couvertes par le marquage CE du dispositif implanté pour l'utilisation de l'implant en combinaison avec le processeur vocal externe ;

Et chez le bénéficiaire, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué comme étant supérieur ou égal à 50 %, sans aides auditives ou appareil amplificateur des sons adéquats. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type VCV (vowel consonant vowel)).

Soit : Les seuils en conduction aérienne ou en conduction osseuse sont ceux repris dans les indications couvertes par le marquage CE du dispositif implanté pour l'utilisation de l'implant sans le processeur vocal externe ;

Et,

- soit, le gain auditif du bénéficiaire est limité en raison de problèmes de feed-back ou d'interférences des bruits internes avec le processeur vocal implanté ;
- soit, le gain auditif du bénéficiaire est limité et il y a une amélioration de minimum 10% lors d'un test d'intelligibilité vocale à 70 dB SPL (sound pressure level) avec le processeur vocal externe. Cela doit être démontré par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type VCV (vowel consonant vowel)) réalisée dans le silence ou dans le bruit.

2.3. Contre-indications

- Problèmes cutanés pouvant gêner la mise en place du processeur vocal externe éventuel
- Une maladie chronique de l'oreille interne tels que des vertiges ou un syndrome de Ménière
- Une infection active de l'oreille moyenne de l'oreille à implanter
- Toute contre-indication reprise dans le marquage CE du dispositif implanté tel qu'indiqué dans le mode d'emploi.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 172351-172362, 172373-172384, 181355-181366 et 181370-181381 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Implant d'oreille moyenne actif : dispositif médical destiné à compenser les pertes auditives en convertissant les ondes sonores en signaux électriques puis en vibrations qui sont transmises par contact direct avec l'un des osselets de l'oreille moyenne, la fenêtre ovale ou la fenêtre ronde.

Les kits pour les implants actifs d'oreille moyenne doivent au moins contenir :

- Pour tous les implants : tous les composants nécessaires pour l'implantation (l'implant, les éléments de fixation, le(s) composant(s) pour le transfert des vibrations à l'oreille moyenne,...) ;
- Pour les implants avec un microphone implanté : un chargeur pour batterie rechargeable du microphone et une télécommande pour le bénéficiaire ;
- Pour le processeur vocal : une télécommande pour le bénéficiaire.

3.2. Critères

3.2.1 Nouveau dispositif

Un nouvel implant actif de l'oreille moyenne 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 PMA (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 au total minimum deux cent patients, qui démontrent une sécurité et une efficacité comparables aux dispositifs repris sur la liste nominative.

De plus, l'intervention de l'assurance obligatoire s'applique uniquement pour le type de perte auditive (perceptive, mixte ou de transmission) pour laquelle des études cliniques avec au total minimum vingt patients sont disponibles.

3.2.2 Modification de la partie implantable

Un dispositif qui est, selon le demandeur, une modification légère d'un dispositif du même fabricant, 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 du mécanisme de transmission des vibrations à l'oreille moyenne 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, alors la procédure décrite au point 3.2.1. doit être suivie.

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

4.1.1. Procédure pour la prestation 181274-181285, 181296-181300 ou 181311-181322 :

La prestation pour l'implantation d'un implant actif de l'oreille moyenne (prestation 181274-181285, 181296-181300 ou 181311

-181322) ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-07 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

Le formulaire mentionne le dispositif sélectionné pour l'implantation.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

Tous les résultats des examens réalisés pour la pose de l'indication doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.1.2. Procédure pour la prestation 181333-181344 :

La prestation pour le processeur vocal externe (prestation 181333-181344) ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs pour la prestation 181274-181285, 181296-181300 ou 181311-181322.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, avant ou après délivrance du processeur vocal externe, par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur au Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire C-Form-I-13 et d'un rapport audiologique signé.

Si la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est faite car le bénéficiaire a un gain auditif limité de l'implant avec le processeur vocal implanté en raison de problèmes de feed-back ou d'interférences avec des bruits internes (point 2.2.3.2.), alors la demande doit contenir un rapport médical circonstancié qui le démontre.

Si pour la demande d'intervention de l'assurance obligatoire, une amélioration dans la compréhension du langage doit être démontrée, comme mentionné au point 2.2.3.2., le bénéficiaire testera le processeur vocal, fourni gracieusement par le distributeur de l'implant (y compris les piles nécessaires à l'utilisation de celui-ci pendant la durée du test) pendant une période d'essai d'au moins deux semaines avant que le test d'intelligibilité de la parole ne soit réalisé.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

Tous les résultats des examens réalisés pour la pose de l'indication doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

Pour le remplacement d'un dispositif (partie à implanter et/ou processeur vocal) qui n'a pas été remboursé par l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement, doivent être fournis par un médecin ORL appartenant à l'équipe qui réalisera le remplacement, au Collège des médecins-directeurs, avant ou après le remplacement, sur base du formulaire C-Form-I-14 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur. Ce formulaire complété et ses annexes doivent décrire la situation ayant donné lieu à la première implantation.

Lors du remplacement de la partie à implanter, en plus du formulaire C-Form-I-14, un formulaire C-Form-I-07, qui décrit la situation ayant donné lieu à la première implantation, doit aussi être complété et fourni au Collège des médecins-directeurs.

Lors du remplacement du processeur vocal, en plus du formulaire C-Form-I-14, un formulaire C-Form-I-07 et un formulaire C-Form-I-13, doivent aussi être complétés et fournis au Collège des médecins-directeurs. Le formulaire C-Form-I-07 décrit la situation ayant donné lieu à la première implantation.

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 controlatérale.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

4.3. Remplacement anticipé (prestations 181355-181366 et 181370-181381) :

Une intervention de l'assurance obligatoire en cas de remplacement anticipé pour la prestation 181355-181366 ou 181370-181381 pendant la période de garantie décrite au point 3.3., peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant ce remplacement anticipé et après évaluation que le dispositif remplacé ne tombe pas dans les conditions de garantie.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste qui a introduit la demande.

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. Prestations 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 181355-181366 et 181370-181381 :

Le bénéficiaire ne peut bénéficier que d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 181274-181285, 181296-181300, 181311-181322, 181333-181344, 181355-181366 et 181370-181381 et que pour une seule oreille.

L'intervention de l'assurance obligatoire est due pour les prestations effectuées, sauf opposition du Collège des médecins-directeurs dans le délai de quarante-cinq jours susmentionné et si l'implantation ou la délivrance du processeur vocal est réalisée endéans les six mois après le délai de quarante-cinq jours susmentionné.

Pour la prestation 181274-181285, 181296-181300 ou 181311-181322, l'accord du Collège des médecins-directeurs est valable pour une implantation réalisée avec le dispositif approuvé dans le formulaire de demande.

L'accord du Collège des médecins-directeurs est valable pour une implantation ou une délivrance du processeur réalisée endéans les six mois suivant la date d'envoi de l'accord.

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 181333-181344, 181355-181366, 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 ou 181274-181285 ou 181296-181300 ou 181311-181322 ou 181370-181381.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

D. Urologie et néphrologie

D.1 Rein

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 849,37	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 212,34	
					Montant du remboursement	€ 637,03

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 562,84	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 140,71	
					Montant du remboursement	€ 422,13

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 849,37	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 212,34	
					Montant du remboursement	€ 637,03

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 229,23	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 57,30	
					Montant du remboursement	€ 171.93

Conditions de remboursement : D-§07

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 170,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 42,72	
					Montant du remboursement	€ 128,18

Conditions de remboursement : D-\$07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 230,25	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 57,56	
					Montant du remboursement	€ 172,69

Conditions de remboursement : D-\$07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 184,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 46,05	
					Montant du remboursement	€ 138,15

Conditions de remboursement : D-\$01

D.2 Uretère

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 170,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 42,72	
					Montant du remboursement	€ 128,18

Conditions de remboursement : D-\$07

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 446,18	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 111,54
				Montant du remboursement	€ 334,64

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 184,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 46,05
				Montant du remboursement	€ 138,15

Conditions de remboursement : D-§01

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 170,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 42,72
				Montant du remboursement	€ 128,18

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 229,23	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 57,30
				Montant du remboursement	€ 171,93

Conditions de remboursement : D-§07

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 479,95	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 119,98
				Montant du remboursement	€ 359,97

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 305,98	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 76,49
				Montant du remboursement	€ 229,49

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 386,82	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 96,70
				Montant du remboursement	€ 290,12

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 188,29	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 47,07
				Montant du remboursement	€ 141,22

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 79,32	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 79,32

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 122,80

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 67,54

Montant du remboursement € 55,26

D.3 Vessie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 818,68

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 25,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 204,67

Montant du remboursement € 614,01

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 818,68

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 25,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 204,67

Montant du remboursement € 614,01

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 493,25

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 25,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 123,31

Montant du remboursement € 369,94

Conditions de remboursement : D-§07

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 818,68	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 204,67	
					Montant du remboursement	€ 614,01

Conditions de remboursement : D-\$07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 762,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 190,59	
					Montant du remboursement	€ 571,80

Conditions de remboursement : D-\$07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 30,70	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 16,88	
					Montant du remboursement	€ 13,82

Date dernière modification : 1/07/2020

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	€ 99,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 99,15

Conditions de remboursement : D-\$02

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/07/2020

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	€ 182,44	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 182,44

Conditions de remboursement : D-§02

Date dernière modification : 1/07/2020

Date première publication :
1/07/2020

180950 - 180961

Produit à base de PPC (hydrogel de polyacrylate-polyalcool copolymère) 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 (par 0,5 ml)

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement	€ 182,44	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 182,44

Conditions de remboursement : D-§02

D.4 Prostate

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 660,06	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 165,01	
					Montant du remboursement	€ 495,05

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 267,70	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 267,70

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 171,53

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 171,53

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 991,49

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 991,49

Conditions de remboursement : D-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 346,68

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 346,68

Conditions de remboursement : D-\$09

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 346,68

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 346,68

Conditions de remboursement : D-\$09

D. Urologie et néphrologie

D.5 Pénis/testicule

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 3.840,10	Marge de sécurité (%)	25,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 4.800,12	Marge de sécurité (€)	€ 960,02	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 3.840,10

Conditions de remboursement : D-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

154932 - 154943

Prothèse testiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 288,53	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 288,53

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 174,99	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 43,74
				Montant du remboursement	€ 131,25

Conditions de remboursement : D-§07

D.6 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 5.254,98	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 5.254,98	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 5.254,98

Conditions de remboursement : D-§04

D. Urologie et néphrologie

D.7 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 7.239,70	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	D-§05				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 6.740,86	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	D-§06				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 6.740,86	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	D-§06				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.372,79	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	D-§06				

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.372,79

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

D-§06

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.372,79

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

D-§06

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 264,87

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

D-§06

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 264,87

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

D-§06

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 606,48

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 : 1/04/2018

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

€ 61,40

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

55,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 33,77

Montant du remboursement

€ 27,63

D.9 Divers

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 40,94

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

55,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 22,51

Montant du remboursement

€ 18,43

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

154814 154825

154836 154840

180950 180961

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, 154836-154840 et 180950-180961 ne peuvent pas être cumulées entre elles.

Lors du traitement d'un seul uretère, la prestation 154814-154825, 154836-154840 ou 180950-180961 peut être attestée au maximum deux fois.

En cas de traitement bilatéral, la prestation 154814-154825, 154836-154840 ou 180950-180961 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

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 incontinenances 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.

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

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, 155131-155142 et 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 certifiée 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 urétral 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 urétrale

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.

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 :
 - o Incontinence
 - o Dysfonction érectile
 - o PSA
 - o QoL
 - o 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 :
 - o La prostatectomie radicale endoscopique non assistée par robot
 - o 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.

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 : 1/01/2021

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 et la prestation 228270-228281 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.244,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.244,38

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 228270-228281 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.244,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.244,38

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 228314-228325 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.244,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.244,38

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 228314-228325 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.244,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.244,38

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 228292-228303 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement	€ 1.519,66	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.519,66

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 228292-228303 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement	€ 1.519,66	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.519,66

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 228336-228340 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement	€ 1.519,66	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.519,66

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 228336-228340 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement	€ 1.519,66	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.519,66

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.1.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 629,60	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 629,60

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.388,11	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.388,11

E.1.3 Sonde de mesure

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 46,05	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 25,32
				Montant du remboursement	€ 20,73

Date dernière modification : 1/04/2018

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-huit ans

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	€ 152,48	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 83,86
				Montant du remboursement	€ 68,62

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 152,48	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 38,12	
					Montant du remboursement	€ 114,36

E.1.4 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 97,22	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 24,30	
					Montant du remboursement	€ 72.92

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 2.971,50	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 2.971,50

Conditions de remboursement : E-§10

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 1.485,75	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.485,75

Conditions de remboursement : E-§10

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 1.981,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.981,00

Conditions de remboursement : E-§10

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 396,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 396,20

Conditions de remboursement : E-§12,E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 693,35	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 693,35

Conditions de remboursement : E-§12,E-§08

E.2 Intervention sur l'estomac

E.2.1 Gastrectomie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 349,98	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 87,49	
					Montant du remboursement	€ 262,49

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 349,98	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 87,49	
					Montant du remboursement	€ 262,49

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 189,31	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 47,32	
					Montant du remboursement	€ 141,99

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 495,30	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 123,82	
					Montant du remboursement	€ 371,48

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 2.149,02	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 537,25	
					Montant du remboursement	€ 1.611,77

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 712,25	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 178,06	
					Montant du remboursement	€ 534,19

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 376,59	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 94,14	
					Montant du remboursement	€ 282,45

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 495,30	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 123,82	
					Montant du remboursement	€ 371,48

Conditions de remboursement : E-\$08

E.2.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 81,86	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 81,86

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 40,94 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 40,94

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

155691 - 155702

Bouton gastrique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 163,74 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 163,74

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

155713 - 155724

Sonde de gastrostomie de remplacement

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 20,46 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 20,46

Conditions de remboursement : E-\$01

E.2.3 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 349,98 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 25,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 87,49

Montant du remboursement € 262,49

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 349,98	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 87,49
				Montant du remboursement	€ 262,49

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 367,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 91,84
				Montant du remboursement	€ 275,54

Conditions de remboursement : E-\$08

E.3 Bariatrie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.735,14	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	45,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 780,81
				Montant du remboursement	€ 954,33

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 247,87	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	45,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 111,54
				Montant du remboursement	€ 136,33

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 614,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	88,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 540,32	
					Montant du remboursement	€ 73,68

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.790,85	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	45,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 805,88	
					Montant du remboursement	€ 984,97

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 358,17	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	45,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 161,17	
					Montant du remboursement	€ 197,00

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 614,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	88,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 540,32	
					Montant du remboursement	€ 73,68

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 2.149,02	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	45,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 967,05
				Montant du remboursement	€ 1.181,97

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 : 1/04/2018

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	€ 1.213,69	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 303,42
				Montant du remboursement	€ 910,27

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 300,86	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 75,21
				Montant du remboursement	€ 225,65

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 349,98	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 87,49
				Montant du remboursement	€ 262,49

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 : 1/04/2018

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	€ 1.661,91	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 415,47	
					Montant du remboursement	€ 1.246,44

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 466,64	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 116,66	
					Montant du remboursement	€ 349,98

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.597,44	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 399,36	
					Montant du remboursement	€ 1.198,08

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 427,76	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 106,94	
					Montant du remboursement	€ 320,82

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.128,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 282,18
				Montant du remboursement	€ 846,56

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 194,44	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 48,61
				Montant du remboursement	€ 145,83

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.021,29	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 255,32
				Montant du remboursement	€ 765,97

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.895,23	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 473,80
				Montant du remboursement	€ 1.421,43

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 915,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 228,97
				Montant du remboursement	€ 686,93

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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 hémicolectomie 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	€ 1.781,64	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 445,41
				Montant du remboursement	€ 1.336,23

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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 hémicolectomie 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	€ 1.359,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 339,75
				Montant du remboursement	€ 1.019,25

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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'hémicolectomie droite ou d'une résection segmentaire du colon, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	€ 1.328,30	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 332,07
				Montant du remboursement	€ 996,23

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 425,71	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 106,42	
					Montant du remboursement	€ 319,29

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.940,26	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 485,06	
					Montant du remboursement	€ 1.455,20

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.386,63	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 346,65	
					Montant du remboursement	€ 1.039,98

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 405,24	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 101,31	
					Montant du remboursement	€ 303.93

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.4.1.3 Appendectomie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 307,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 168,85
				Montant du remboursement	€ 138,16

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.228,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 307,00
				Montant du remboursement	€ 921,01

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 230,25	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 57,56
				Montant du remboursement	€ 172,69

Conditions de remboursement : E-§08

E.4.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

156376 - 156380

Sonde jéjunale

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 22,51	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 22,51

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

156391 - 156402

Tuteur duodéal auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 1.388,11	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.388,11

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

156413 - 156424

Tuteur du côlon, auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 1.388,11	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.388,11

E.4.3 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 264,02	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 66,00	
					Montant du remboursement	€ 198,02

Conditions de remboursement : E-§02,E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 870,87	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 217,71	
					Montant du remboursement	€ 653,16

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 870,87	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 217,71	
					Montant du remboursement	€ 653,16

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 689,73	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 172,43	
					Montant du remboursement	€ 517,30

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 418,55	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 104,63	
					Montant du remboursement	€ 313,92

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.149,22	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 287,30	
					Montant du remboursement	€ 861,92

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.149,22	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 287,30	
					Montant du remboursement	€ 861,92

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.128,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 282,18	
					Montant du remboursement	€ 846,56

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 185,22	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 46,30	
					Montant du remboursement	€ 138,92

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 170,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 42,72	
					Montant du remboursement	€ 128,18

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 816,63	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 204,15	
					Montant du remboursement	€ 612,48

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 816,63	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 204,15	
					Montant du remboursement	€ 612,48

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 586,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 146,59	
					Montant du remboursement	€ 439,79

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 169,87	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 42,46	
					Montant du remboursement	€ 127,41

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 297,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 297,15

Conditions de remboursement : E-§12,E-§08

E.4.4 Vidéocapsule

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :
1/03/2021

NOUVEAU

181392 - 181403

Vidéocapsule endoscopique disposant d'au moins deux caméras pour la détection des polypes du côlon, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement	€ 614,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 153,50
Montant du remboursement					€ 460,50

Conditions de remboursement : E-§13

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :
1/07/2014

CHANGE

158130 - 158141

Vidéocapsule endoscopique utilisée lors de la prestation 473933-473944 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement	€ 614,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 153,50
Montant du remboursement					€ 460,50

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 : 1/04/2018

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	€ 1.026,42	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.026,42

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 710,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 710,20

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 783,88	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 195,97
Montant du remboursement					€ 587,91

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 383,75	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 95,93
Montant du remboursement					€ 287,82

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 783,88	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 195,97
Montant du remboursement					€ 587,91

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 383,75	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 95,93	
					Montant du remboursement	€ 287,82

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 783,88	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 195,97	
					Montant du remboursement	€ 587,91

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 383,75	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 95,93	
					Montant du remboursement	€ 287,82

Conditions de remboursement : E-§08

E.5.1.2 Résection de la vésicule biliaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 305,98	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 76,49	
					Montant du remboursement	€ 229,49

Conditions de remboursement : E-§03,E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.5.1.3 Résection du pancréas

Date dernière modification : 1/01/2021

Date première publication :
1/07/2014

156892 - 156903

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 – 242060 et 242911-242922 de la nomenclature et les prestations 242874–242885 et 242896–242900 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement	€ 97,22	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 24,30
				Montant du remboursement	€ 72,92

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/01/2021

Date première publication :
1/07/2014

156914 - 156925

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 – 242060 et 242911-242922 de la nomenclature et les prestations 242874–242885 et 242896–242900 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement	€ 97,22	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 24,30
				Montant du remboursement	€ 72,92

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 242830–242841 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement	€ 883,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 220,78
				Montant du remboursement	€ 662,37

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 242830–242841 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement	€ 883,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 220,78
				Montant du remboursement	€ 662,37

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/01/2021

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 et la prestation 242852–242863 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	€ 554,65	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 138,66
				Montant du remboursement	€ 415,99

Conditions de remboursement : E-§08

E.5.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

156995 - 157006

Tuteur biliaire en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 74,37	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 74,37

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

157010 - 157021

Tuteur biliaire, auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 991,51	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 991,51

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

157032 - 157043

Tuteur pancréatique en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 74,37	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 74,37

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

157054 - 157065 Tuteur pancréatique, auto-expansible, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 991,51	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 991.51

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 365,34	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 91,33	
					Montant du remboursement	€ 274.01

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 599,68	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 149,92	
					Montant du remboursement	€ 449,76

Conditions de remboursement : E-§08

E.5.3 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 440,04	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 110,01	
					Montant du remboursement	€ 330,03

Conditions de remboursement : E-§02,E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 163,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 40,93	
					Montant du remboursement	€ 122,81

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 163,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 40,93	
					Montant du remboursement	€ 122,81

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 170,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 42,72	
					Montant du remboursement	€ 128,18

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 20,46	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 20,46

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 255,84	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 255,84

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 866,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 216,69
Montant du remboursement					€ 650,08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 291,65	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 72,91
Montant du remboursement					€ 218,74

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.188,60	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.188,60

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 198,10	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 198,10

Conditions de remboursement : E-\$08

E.5.4 Dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 2.034,41	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 2.034,41

Conditions de remboursement : E-\$09

E.6 Autres chirurgies abdominales, digestives ou oncologiques (debulking, ...)

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 409,33	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 409,33

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 409,33	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 409,33

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 409,33	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 409,33

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 409,33	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 409,33

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.801,09	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.801,09

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 409,33	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 409,33

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 207,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 51,93	
					Montant du remboursement	€ 155,81

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 207,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 51,93	
					Montant du remboursement	€ 155,81

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 827,88	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 206,97	
					Montant du remboursement	€ 620,91

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 383,75	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 95,93	
					Montant du remboursement	€ 287,82

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 921,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 230,25	
					Montant du remboursement	€ 690,76

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.637,35	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.637,35

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 138,67	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 138,67

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,58	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 148,58

Conditions de remboursement : E-§11,E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 396,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 396,20

Conditions de remboursement : E-\$08

E.7 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 5.424,52	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 5.424,52	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 5.424,52

Conditions de remboursement : E-\$04

E.8 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 4.414,45	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	Liste Nom.

Conditions de remboursement : E-\$04

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 4.414,45	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 : 1/10/2019

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 € 1.135,14 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : E-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 1.135,14 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : E-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 606,48 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : E-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 6.740,86 *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : E-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 6.740,86 *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 : 1/10/2019

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

€ 1.372,79

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : E-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.372,79

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : E-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.372,79

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : E-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 264,87

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 : 1/10/2019

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

€ 264,87

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : E-\$04

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 606,48

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 : 1/04/2018

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

€ 716,34

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

25,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 179,08

Montant du remboursement

€ 537,26

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 716,34

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

25,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 179,08

Montant du remboursement

€ 537,26

Conditions de remboursement : E-\$08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 716,34	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 179,08
				Montant du remboursement	€ 537,26

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 992,64	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 248,16
				Montant du remboursement	€ 744,48

Conditions de remboursement : E-\$08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 354,07	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 88,51
				Montant du remboursement	€ 265,56

Conditions de remboursement : E-\$05,E-\$08

E.10 Filets

Date dernière modification : 1/04/2018

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

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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 : 1/08/2020

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	€ 2,97	Marge de sécurité (%)	30,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 3,86	Marge de sécurité (€)	€ 0,89	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 2,97

Conditions de remboursement : E-§06

Date dernière modification : 1/08/2020

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	€ 1,98	Marge de sécurité (%)	30,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 2,57	Marge de sécurité (€)	€ 0,59	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1,98

Conditions de remboursement : E-§06

Date dernière modification : 1/08/2020

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	€ 193,35	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 48,33
Montant du remboursement					€ 145,02

Conditions de remboursement : E-§06

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/08/2020

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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 193,35	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 48,33
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 145,02
Conditions de remboursement :	E-§06			

E.11 Intervention sur la rate ou les glandes surrénales

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 413,43	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 103,35
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 310,08
Conditions de remboursement :	E-§08			

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 413,43	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 103,35
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 310,08
Conditions de remboursement :	E-§08			

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 443,11	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 110,77
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 332,34
Conditions de remboursement :	E-§08			

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 653,92	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 163,48
				Montant du remboursement	€ 490,44

Conditions de remboursement : E-§08

E.12 Divers

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

158152 - 158163

Shunt péritonéoveineux pour traitement d'ascite

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 1.344,48	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.344,48

Date dernière modification : 1/01/2020

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 ou 473211 - 473222 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	€ 20,46	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 11,25
				Montant du remboursement	€ 9,21

Date dernière modification : 1/01/2020

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, 472452 - 472463, 473056 - 473060, 473093 - 473104, 473174 - 473185, 473211 – 473222 ou 473432 – 473443 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement	€ 15,35	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 8,44
				Montant du remboursement	€ 6,91

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/01/2020

Date première publication :
1/07/2014

158255 - 158266

Aiguille pour l'injection d'un agent sclérosant, utilisée lors d'une des prestations 473211 - 473222, 473270 - 473281, 473675 - 473686 ou 473771 - 473782 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	€ 15,35	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 3,83
				Montant du remboursement	€ 11,52

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 194,44	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 48,61
				Montant du remboursement	€ 145,83

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 15,35	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 8,44
				Montant du remboursement	€ 6,91

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 170,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 42,72
				Montant du remboursement	€ 128,18

Conditions de remboursement : E-§08

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 235,98	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 235.98

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 307,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 168,85	
					Montant du remboursement	€ 138,16

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 307,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 168,85	
					Montant du remboursement	€ 138,16

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,58	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 148.58

Conditions de remboursement : E-§07,E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 272,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 272,39

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Conditions de remboursement : E-§07,E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 594,30

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 594,30

Conditions de remboursement : E-§11,E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 297,15

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 297,15

Conditions de remboursement : E-§07,E-§12,E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 99,05

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 99,05

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

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 fibroduodéoscopie 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

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

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 défauts 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 prestations 157555-157566, 157651-157662, 157570-157581, 157592-157603, 157673-157684, 157695-157706, 157732-157743 et 157754-157765 ainsi que le remplacement des prestations 157511-157522, 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

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

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 récurrence 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.

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.

Dès 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 dûment 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 dûment 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.

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

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 180110-180121 et 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.

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 musculature de l'œsophage et du cardia et hémotase 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.

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 181392-181403 doit être prescrite par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, en chirurgie, en gériatrie, en médecine interne ou en oncologie médicale.

Les images obtenues avec la prestation 181392-181403 doivent être évaluées par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ayant une formation en endoscopie.

2. Critères concernant le bénéficiaire

2.1 Critères d'inclusion

- Le bénéficiaire a subi au moins une coloscopie optique incomplète, non imputable à un défaut de préparation colique, et réalisée pour la détection du cancer colorectal, au cours de laquelle aucun polype n'a été détecté, ET présente une contre-indication démontrée à la coloscopie virtuelle.

ET

- L'état général du bénéficiaire doit permettre une préparation colique adéquate pour l'examen endoscopique du côlon par vidéocapsule.

ET

- Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'examen.

2.2 Critères d'exclusion

- Le bénéficiaire a une obstruction connue ou suspectée dans le tractus gastro-intestinal, des sténoses ou des fistules au vu des données cliniques ou du dossier médical ou des examens préliminaires

Ou

- Le bénéficiaire a des troubles de la déglutition

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications mentionnées au point 2, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

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

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 : 1/10/2019

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	€ 3.578,68	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 3.578,68
Conditions de remboursement :	F-§01				

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 3.578,68	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 3.578,68
Conditions de remboursement :	F-§01				

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 3.578,68	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 3.578,68
Conditions de remboursement :	F-§01				

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 3.578,68	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 3.578,68
Conditions de remboursement :	F-§01				

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.1.1.4 Stimulateur de resynchronisation cardiaque

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.362,20	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§01				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.362,20	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§01				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.362,20	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§01				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.362,20	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
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 : 1/10/2019

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	€ 548,30	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 548.30

Conditions de remboursement : F-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 548,30	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 548.30

Conditions de remboursement : F-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 548,30	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 548.30

Conditions de remboursement : F-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 746,60	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 746.60

Conditions de remboursement : F-§01

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 746,60

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 746,60

Conditions de remboursement : F-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

158756 - 158760

Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée en position épiscopiale par voie chirurgicale avec thoracoscopie ou thoracotomie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 247,87

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 247,87

Conditions de remboursement : F-§01

F.1.1.2.2 Electrode temporaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 62,42

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 62,42

Conditions de remboursement : F-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

158793 - 158804

Cathéter(s)-électrode(s), épiscopiale(s) pour entraînement électro-systolique temporaire et post-opératoire du coeur

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 22,51

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 22,51

Conditions de remboursement : F-§02

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.2 Extraction d'une électrode

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :
1/07/2014

158815 - 158826

Gaine laser pour l'extraction des électrodes endoveineuses

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.871,87	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.871,87

Conditions de remboursement : F-§03

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :
1/07/2014

158830 - 158841

Gaine mécanique rotative pour l'extraction des électrodes endoveineuses

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.871,87	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.871,87

Conditions de remboursement : F-§03

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :
1/07/2014

158852 - 158863

Gaine de dilatation passive utilisée pour l'extraction des électrodes endoveineuses

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 230,56	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 230,56

Conditions de remboursement : F-§03

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :
1/04/2020

180810 - 180821

Stilet de verrouillage pour l'extraction des électrodes endoveineuses

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 603,79	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 603,79

Conditions de remboursement : F-§03

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :
1/04/2020

180832 - 180843

Système avec lasso de récupération pour l'extraction des électrodes endoveineuses par voie fémorale

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 787,32	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 787,32

Conditions de remboursement : F-§03

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.3 Examen électrophysiologique et ablation percutanée

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 1.165,49	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.165,49

Conditions de remboursement : F-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 1.770,40	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.770,40

Conditions de remboursement : F-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 2.106,57	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 2.106,57

Conditions de remboursement : F-§04

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 2.593,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 2.593,77

Conditions de remboursement : F-§04

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 699,29	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 699,29

Conditions de remboursement : F-§04

F.1.4 Angioplastie coronarienne transluminale percutanée

F.1.4.1 Intervention coronaire percutanée sans placement de stent

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/07/2014

158970 - 158981

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée sans stent

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 755,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 755,74

Conditions de remboursement : F-§05

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/04/2015

170656 - 170660

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée sans stent avec un ou plusieurs drug eluting ballon(s)

Catégorie de remboursement : II.E.a

Liste Nom. 32404

Base de remboursement	€ 1.295,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.295,90

Conditions de remboursement : F-§05

F.1.4.2 Intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs tuteur(s)

Date dernière modification : 1/08/2020

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)

Catégorie de remboursement : I.E.a

Liste Nom. 32401, 32402, 32403

Base de remboursement	€ 755,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 755,74

Conditions de remboursement : F-§05

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/07/2014

159014 - 159025

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement exclusif d'un ou plusieurs drug eluting stent(s)

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

32402, 32403

Base de remboursement € 1.673,87

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.673,87

Conditions de remboursement : F-§05

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/07/2014

159036 - 159040

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement exclusif de deux ou plusieurs drug eluting stents à l'occasion du traitement d'un multivesseldisease

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

32402, 32403

Base de remboursement € 2.797,03

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 2.797,03

Conditions de remboursement : F-§05

F.1.5 Revascularisation myocardique

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 717,36

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 25,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 179,34

Montant du remboursement € 538,02

Conditions de remboursement : F-§06,F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 307,01

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 307,01

Conditions de remboursement : F-§07

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 204,67

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 204,67

Conditions de remboursement : F-§08

F.1.6 Valve cardiaque

F.1.6.1 Placement d'une valve artificielle

F.1.6.1.1 Valve mécanique

Date dernière modification : 1/04/2020

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

€ 2.345,96

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§09

Date dernière modification : 1/04/2020

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

€ 2.687,98

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§09

Date dernière modification : 1/04/2020

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

€ 3.053,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§09

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.6.1.2 Valve biologique

Date dernière modification : 1/04/2020

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

€ 2.591,98

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/04/2020

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

€ 2.755,17

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/04/2020

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

€ 2.829,59

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :
1/07/2014

170634 - 170645

Valve placée chirurgicalement par aortotomie en position aortique avec système pour placement rapide, y compris le système de placement et tous les accessoires

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste Nom.

32510

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 3.053,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.6.1.3 Biological valved conduits

Date dernière modification : 1/04/2020

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

€ 3.053,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

Date dernière modification : 1/04/2020

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

€ 3.033,07

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§09

F.1.6.1.4 Système d'annuloplastie

Date dernière modification : 1/04/2020

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

€ 1.091,44

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 : 1/10/2019

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

€ 15.828,39

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 15.828,39

Conditions de remboursement :

F-§24

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 2.559,08	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 2.559,08

Conditions de remboursement : F-§24

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 878,47	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 878,47

Conditions de remboursement : F-§24

Date dernière modification : 1/04/2020

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	€ 9.905,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 9.905,00

Conditions de remboursement : F-§09

Date dernière modification : 1/04/2020

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	€ 2.971,50	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 2.971,50

Conditions de remboursement : F-§09

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2020

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	€ 2.971,50	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 2.971,50

Conditions de remboursement : F-§09

F.1.6.1.6 Autres dispositifs lors du placement d'une valve artificielle ou d'un système d'annuloplastie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/03/2018

183013 - 183024

Ensemble des clips et le système de placement utilisé pour la suture automatisée d'une valve cardiaque ou un système d'annuloplastie lors d'une chirurgie mini-invasive

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 297,86	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 297,86

F.1.6.2 Dilatation en cas d'une plastie valvulaire endoluminale

Date dernière modification : 1/10/2019

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.1.6.3 Traitement endovasculaire d'une valve

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 11.886,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 11.886,00

Conditions de remboursement : F-§19

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 0,99	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 0,99
Conditions de remboursement :	F-§19			

F.1.7 Assistance cardiaque

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.330,35	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.330,35

Date dernière modification : 1/12/2018

Date première publication :
1/07/2014

159331 - 159342

Pièces à usage unique d'une pompe utilisée pour un soutien univentriculaire temporaire de la fonction cardiaque déficiente

Catégorie de remboursement :	II.F.a			
<i>Base de remboursement</i>	CMD	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	CMD
Conditions de remboursement :	F-§11			

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/04/2018

180331 - 180342

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.A.a	Liste Nom.	36801	
<i>Base de remboursement</i>	Liste Nom.	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 25.694,20	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	Liste Nom.
Conditions de remboursement :	F-§25			

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/04/2018

180353 - 180364

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.A.a

Liste Nom.

36802

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 46.129,73

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : F-§25

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/04/2018

180375 - 180386

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.A.a

Liste Nom.

36803

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 66.469,06

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : F-§25

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/04/2018

180390 - 180401

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.A.a

Liste Nom.

36801

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 25.694,20

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : F-§25

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/04/2018

180412 - 180423

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.A.a

Liste Nom.

36802

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 46.129,73

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement : F-§25

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/04/2018

180434 - 180445

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.A.a

Liste Nom.

36803

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 66.469,06

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

F-§25

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/04/2018

180456 -

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.D.a

Base de remboursement

€ 957,81

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 957,81

Conditions de remboursement :

F-§25

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/04/2018

180471 -

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.D.a

Base de remboursement

€ 495,25

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 495,25

Conditions de remboursement :

F-§25

F.1.8 Substitution du péricarde

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 446,18

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 446,18

Conditions de remboursement :

F-§12

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

159375 - 159386

Patch pour une utilisation comme substitut péricardique après le placement de 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 ou 180434-180445

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 594,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 594,90

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 : 1/04/2018

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 défaut doit être mesuré de manière objectivable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 604,82	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 604,82

Date dernière modification : 1/04/2018

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 défaut doit être mesuré de manière objectivable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 2.176,36	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 2.176,36

Date dernière modification : 1/04/2018

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 défaut 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	€ 4.788,97	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 4.788,97

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 4.788,97	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 4.788,97

Conditions de remboursement : F-§14

Date dernière modification : 1/10/2019

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 : 1/04/2018

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	€ 228,04	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 228,04

Date dernière modification : 1/08/2020

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	€ 5.249,65	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 5.249,65

Conditions de remboursement : F-§23

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/08/2020

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

€ 0,99

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 0,99

Conditions de remboursement : F-§23

F.1.10 Moyens diagnostiques en cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 105,41

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 105,41

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 153,50

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 153,50

Date dernière modification : 1/08/2020

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

€ 346,91

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 346,91

Conditions de remboursement : F-§05

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 614,00

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 614,00

Conditions de remboursement : F-§15

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 997,43

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 997,43

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 2.122,65

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 2.122,65

Conditions de remboursement : F-§21

F.1.11 Autres disponibles lors d'une intervention sur le coeur

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

159611 - 159622

Set disponible de cardiotoromie 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 € 939,43

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 939,43

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

159633 - 159644

Set disponible de cardiectomie 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	€ 1.238,24	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.238,24

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 921,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 921,01

Conditions de remboursement : F-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 2.278,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 2.278,15

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.089,55	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.089,55

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.980,80	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.980,80

Conditions de remboursement : F-§20

F.2 Poumon - médiastine - plèvre

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 277,33	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 69,33
				Montant du remboursement	€ 208,00

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 2.032,36	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 508,09
				Montant du remboursement	€ 1.524,27

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 2.032,36	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 508,09
				Montant du remboursement	€ 1.524,27

Conditions de remboursement : F-§18

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 116,66	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 29,16
				Montant du remboursement	€ 87,50

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 215,93	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 53,98
				Montant du remboursement	€ 161,95

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 611,96	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 152,99
				Montant du remboursement	€ 458,97

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 383,75	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 95,93
				Montant du remboursement	€ 287,82

Conditions de remboursement : F-§18

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 861,66	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 215,41
				Montant du remboursement	€ 646,25

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.783,68	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 445,92
				Montant du remboursement	€ 1.337,76

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.242,33	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 310,58
				Montant du remboursement	€ 931,75

Conditions de remboursement : F-§18

F.3 Poumon et coeur

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.432,68	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.432,68

Conditions de remboursement : F-§16

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.023,34	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.023,34

Conditions de remboursement : F-§16

F.4 Sein et ganglions lymphatiques

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09	
					Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09	
					Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09	
					Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09	
					Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09	
					Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09	
					Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 161,69	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 40,42	
					Montant du remboursement	€ 121,27

Conditions de remboursement : F-§18

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 94,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 23,53
				Montant du remboursement	€ 70,62

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 94,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 23,53
				Montant du remboursement	€ 70,62

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09
				Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09
				Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 161,69	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 40,42	
					Montant du remboursement	€ 121,27

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09	
					Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 94,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 23,53	
					Montant du remboursement	€ 70,62

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 94,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 23,53	
					Montant du remboursement	€ 70.62

Conditions de remboursement : F-§18

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 104,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 26,09	
					Montant du remboursement	€ 78,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 161,69	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 161.69

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 161,69	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 161,69

Conditions de remboursement : F-§18

F.5 Thorax et paroi thoracique: divers

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 311,10	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 77,77	
					Montant du remboursement	€ 233,33

Conditions de remboursement : F-§18

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 311,10	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 77,77	
					Montant du remboursement	€ 233,33

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 332,59	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 83,14	
					Montant du remboursement	€ 249,45

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160370 - 160381

Système disponible de drainage thoracique (péricarde, plèvre, médiastin) au moins par triple chambre, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 56,28	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 56,28

Conditions de remboursement : F-§17

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 719,84	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 719.84

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 148,72	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
<i>Montant du remboursement</i>				€ 148,72

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 743,63	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
<i>Montant du remboursement</i>				€ 743,63

F.6 Divers

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 538,28	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 134,57
<i>Montant du remboursement</i>				€ 403,71
Conditions de remboursement :	F-§18			

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 121,78	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 30,44
<i>Montant du remboursement</i>				€ 91,34
Conditions de remboursement :	F-§18			

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication : 1/07/2014

160495 - 160506	Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
Base de remboursement	€ 74,37	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
Montant du remboursement				€ 74,37

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 du dossier 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 F-Form-I-01 ait été complété, endéans les nonante jours après implantation, 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 à Healthdata, à la Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) et à la Commission, sont établies par Healthdata 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 F-Form-I-01 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

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

Prestations liées

158815	158826
158830	158841
158852	158863
180810	180821
180832	180843

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel d'extraction pour des électrodes endoveineuses, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 158815-158826, 158830-158841, 158852-158863, 180810-180821 et 180832-180843 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 complet pour le programme de soins « Pathologie Cardiaque B », accordé par l'autorité compétente.

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 180832-180843 ne peut pas être cumulée avec les prestations 174333-174344 et 174355-174366.

5.2. Autres règles

Les prestations 158815-158826, 158830-158841, 158852-158863, 180810-180821 et 180832-180843 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors des prestations 229655-229666 ou 589433-589444 de la nomenclature.

Les prestations 158815-158826, 158830-158841, 158852-158863 et 180832-180843 ne peuvent être attestées 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

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.

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 stents coronaires et aux dilatations coronaires et/ou le matériel nécessaire à la mesure d'une fraction flow reserve coronaire au moyen d'une mesure de pression de flux, 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 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'artères 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 stent 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 éléments 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 pour les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-03 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 à HealthData, au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », au « Belgian Interdisciplinary Working Group on Acute Cardiology » et à la Commission, sont établies par HealthData et le Service des soins de santé.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnée doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Le document de suivi (formulaire F-Form-I-14) est conservé dans le dossier médical du bénéficiaire et les données sont enregistrées dans l'application en ligne précitée selon les modalités fixées.

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

Les prestations 159014 - 159025 et 159036 - 159040 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si seuls des drug eluting stents sont utilisés.

Si une combinaison de drug eluting stents et de bare metal stents, ou uniquement un/des baremetal stent(s) est/sont utilisé(s), alors la prestation 158992 - 159003 doit être attestée.

Les prestations 158970 - 158981, 158992 - 159003, 159014 - 159025, 159036 - 159040 et 170656 - 170660 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu' à l'occasion des prestations 589013 - 589024 ou 589190-589201 de la nomenclature.

La prestation 159036 - 159040 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'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,

- soit lors des prestations 589013-589024 et 589190-589201 de la nomenclature sur des journées différentes au cours de la même période d'hospitalisation.

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

La Commission peut, en tout temps, demander au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology » une évaluation avec rapport. La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

7. Divers

Pas d'application.

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

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

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

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 à une valve artificielle ou un système d'annuloplastie, 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

Les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 170634-170645 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif qui répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Un système pour placement rapide est défini comme un système nécessitant maximum 3 sutures pour sécuriser la valve.

3.2. Critères

3.2.1. Un stent valvulaire percutané implantable en position aortique y compris le système de placement (172734-172745 et 172756-172760) 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,

et

- 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 »).

et

- avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum.

3.2.2. Un stent valvulaire percutané implantable en position aortique (172734-172745 et 172756-172760) 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 (172734-172745 et 172756-172760) 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 ou un système d'annuloplastie 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 adhérent 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

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

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux pièces disponibles 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/ou après cardiectomie 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 disponible 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

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

La prestation 159375-159386 réalisée entre le 1er août 2016 et le 31 mars 2018 peut être attestée après le placement des prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 ou 172896-172900.

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

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

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

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

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au système disponible de drainage thoracique et au set disponible de cardiotoraxie 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

172491

172502

172513

172524

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 adhérents, 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 adhérents, 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 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 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 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 fonctional 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 ou un 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 par opérateur 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 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, gastroépiploïque 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, gastroépiploïque 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, gastroépiploïque 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, gastroépiploïque 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 récurrentes de nature indéterminée malgré un bilan non invasif exhaustif, et il existe un risque de récurrence pendant 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.

180272

180283

180294

180305

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 structurales 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 structurée
- un "heart team"
- une permanence de 24h/24h et de 7j/7j
- un cathlab/ une salle hybride équipé pour des interventions structurées, disposant de l'échographie transoesophagienne (TEE) et des techniques fluoroscopiques essentielles à l'implantation du dispositif
- la 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)
- récurrence 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 warfarine 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'entraînement 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 adhérent 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

- 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-procéduraux (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."



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
 - gradient moyen Doppler > 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 documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2 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 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 pré-dilatation et/ou un pré-stenting a été effectué préalablement à l'intervention pour laquelle la prestation 172955-172966 a été attestée, la prestation 159471-159482 peut alors être attestée

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.

Prestations liées

180331	180342
180353	180364
180375	180386
180390	180401
180412	180423
180434	180445
180456	
180471	

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456 et 180471 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

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 s'engagent à collaborer au rapport visé au point 6.

1.2 Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-07 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester la prestation 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456 et 180471.

L' établissement hospitalier doit tenir à jour les données de suivi des bénéficiaires et livrer les données nécessaires pour rédiger un rapport tous les 2 ans.

Lorsque le Service des Soins de Santé constate que plus de 20% des données de suivi des bénéficiaires sont manquantes ou incomplètes pour un établissement hospitalier sur la base du rapport bisannuel, cet établissement hospitalier est informé et le remboursement est suspendu jusqu'au moment où l'établissement hospitalier a rempli les données manquantes.

L'établissement hospitalier informe le Service et si l'établissement ne dépasse plus le taux de 20 % de données de suivi manquantes, la suspension de l'intervention de l'assurance obligatoire est levée.

1.3

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

Au cours de l'année, les modifications des données reprises dans le formulaire F-Form-II-07 qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 1.1. sont communiquées spontanément par le responsable au Service.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 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

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 68 ans.

Le bénéficiaire entre en compte pour une intervention de l'assurance obligatoire prévue sous les prestations 180456 et 180471, quel que soit l'âge du bénéficiaire.

2.2. Critères d'exclusion

Destination therapy (DT):

bénéficiaire avec une assistance ventriculaire comme option thérapeutique définitive intentionnelle.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 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 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445, 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.

3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445, une garantie (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de 24 mois.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1 Première implantation

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456 et 180471 peuvent seulement faire objet d'une intervention de l'assurance obligatoire sur la base d'un rapport médical circonstancié et d'une inscription sur la liste d'attente d'Eurotransplant en cas de BTT

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, un rapport médical circonstancié et une preuve d'inscription sur la liste d'attente d'Eurotransplant en cas de BTT, ainsi que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-11 reprenant les caractéristiques de base et les données de suivi, et le consentement éclairé du bénéficiaire, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-11, qui reprend les caractéristiques de base, ait été complété via l'application en ligne dans les 30 jours après l'implantation.

Les modalités d'enregistrement et la validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à la BACTS et à la Commission, sont établies par la BACTS, la Commission et le Service des Soins de Santé.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de ce registre en ligne, les données visées au formulaire F-Form-I-11 sont gardées par chaque établissement hospitalier (cfr point 1) et transmises à la BACTS pour les statistiques visées au point 6 selon les discussions entre la BACTS et les établissements hospitaliers.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de ce registre en ligne, pour les 60 premiers dispositifs, les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation auprès du Service des Soins de Santé sur la base du formulaire F-Form-I-12, entièrement complété et signé par le médecin-implanteur.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire de notification F-Form-I-12 ait été soumis au Service de Soins de Santé endéans les 30 jours après l'implantation.

Les modalités de notification et la façon selon laquelle cette notification est transmise au Service des Soins de Santé sont établies par le Service des Soins de Santé.

Le Service des Soins de Santé tient un compteur par année civile et informe les médecins-spécialistes implantateurs, les pharmaciens hospitaliers et les organismes assureurs quand 55 et 60 dispositifs ont été notifiés.

Si le nombre de 60 dispositifs est atteint, les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après l'accord du Collège des médecins-directeurs, et ce indépendamment de l'entrée en vigueur du registre en ligne.

La demande de remboursement pour les interventions 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 ou 180434-180445 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.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement dans les deux mois qui suivent la date de réception du dossier au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

Si le nombre de 60 dispositifs est atteint, 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-13, 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 180456 et 180471 aucune notification ou demande d'intervention ne doit être introduite.

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée pour les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445.

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.

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

5.2.1 Nombre de dispositifs

Le nombre d'interventions pour les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 qui doivent seulement être notifiées sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication.

Le nombre de dispositifs qui sont implantés chez les bénéficiaires dans l'indication BTB ne peut pas représenter plus de 50% du total des dispositifs qui sont remboursés.

Si les 50% sont dépassés pour l'indication BTB, tous les établissements de soins et les organismes assureurs en sont informés et les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent plus faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire pour cette indication durant un trimestre.

5.2.2 Les prestations ambulatoires

Le montant de l'intervention pour les prestations 180456 et 180471 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 180456 et 180471 peuvent être attestées au maximum une fois par mois.

La prestation 180456 peut être attestée pendant les 12 premiers mois de l'assistance, pour lesquels la période de 12 mois sera comptée dès le premier jour après la sortie de l'établissement hospitalier après l'hospitalisation durant laquelle le bénéficiaire a été implanté avec le matériel visé par les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445.

La prestation 180471 peut être attestée quand la période de 12 mois qui s'applique pour la prestation 180456 est révolue.

5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Tous les 2 ans, le BACTS rédige un rapport.

Ce rapport 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

Ce rapport concerne tous les bénéficiaires implantés avec le matériel pour l'assistance ventriculaire dès la date d'entrée en vigueur du remboursement.

7. Divers

A la demande de la Commission ou de la BACTS, une réunion peut être organisée à tout moment.

Si, sur la base du rapportage du nombre de dispositifs, il s'avère que le nombre des dispositifs implantés pendant 12 mois pourrait être supérieur à 75, une réunion doit être organisée avec la Commission, les centres planteurs et la BACTS.

Ce nombre sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication.

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 : 1/04/2018

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	€ 1.685,56	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.685,56

Conditions de remboursement : G-§01

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.388,11	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.388,11

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.883,86	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.883,86

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.388,11	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.388,11

Conditions de remboursement : G-§02

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.883,86	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.883,86

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.011,34	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.011,34

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.507,09	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.507,09

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.264,17	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.264,17

Conditions de remboursement : G-§02

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.509,52	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.509,52

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.132,76	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.132,76

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.509,52	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.509,52

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.132,76	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.132,76

Conditions de remboursement : G-§02

G. Chirurgie vasculaire

G.1.2 Matériel de dilatation sans tuteur périphérique

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 460,50

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 460,50

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 460,50

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 460,50

Conditions de remboursement : G-§02

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 1.688,52

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.688,52

Conditions de remboursement : G-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 255,84

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 255,84

Conditions de remboursement : G-§02

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 358,17	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 358,17
Conditions de remboursement :	G-§02			

Date dernière modification : 1/04/2018

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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.509,52	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 1.509,52
Conditions de remboursement :	G-§02			

Date dernière modification : 1/04/2018

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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.132,76	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 1.132,76
Conditions de remboursement :	G-§02			

G.2 Matériel de thrombectomie ou embolectomie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160775 - 160786	Sonde de type Fogarty pour embolectomie, par pièce			
Catégorie de remboursement :	II.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 74,70	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 74,70

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160790 - 160801	Sonde de type Fogarty pour thrombectomie, par pièce			
Catégorie de remboursement :	II.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 118,71	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 118,71

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 4.457,25	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 4.457,25

Conditions de remboursement : G-§10

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 2.971,50	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 2.971,50

Conditions de remboursement : G-§10

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 891,45	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 891,45

Conditions de remboursement : G-§10

G.3 Prothèses vasculaires

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160812 - 160823

Grefe vasculaire utilisée pour un bypass fémoro-poplité (au-dessus du genou)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 793,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 793,20

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160834 - 160845

Grefte vasculaire utilisée pour un cross-over fémoro-fémorale

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 743,63	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 743,63

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160856 - 160860

Grefte vasculaire utilisée pour un by-pass fémoro-distal

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 1.214,59	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.214,59

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160871 - 160882

Grefte vasculaire utilisée pour un by-pass axillo-fémoral

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 1.214,59	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.214,59

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160893 - 160904

Grefte vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-iliaque

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 594,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 594,90

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160915 - 160926

Grefte vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-fémoral

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 594,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 594,90

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160930 - 160941

Grefe vasculaire utilisée pour un by-pass ilio-fémoral

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement	€ 594,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 594,90

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160952 - 160963

Grefe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique < 15 cm

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement	€ 594,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 594,90

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160974 - 160985

Grefe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique > et = 15 cm

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement	€ 941,93	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 941,93

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

160996 - 161000

Grefe vasculaire type Valsalva avec ou sans ramification

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement	€ 1.685,56	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.685,56

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

161011 - 161022

Grefe vasculaire avec une ou deux ramifications

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement	€ 1.288,96	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.288,96

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

161033 - 161044

Greffe vasculaire avec trois ou quatre ramifications

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 1.685,56	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.685,56

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

161055 - 161066

Greffe de bifurcation

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 793,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 793,20

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

161070 - 161081

Prothèse d'accès pour hémodialyse

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 495,76	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 495,76

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 594,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 594,90

G. Chirurgie vasculaire

G.4 Endoprothèses

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 4.792,07

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 4.792,07

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 5.784,96

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 5.784,96

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 4.255,54

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 4.255,54

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 5.562,47

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 5.562,47

Conditions de remboursement :

G-§04

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 2.700,98

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 2.700,98

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 1.467,43

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.467,43

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 6.098,99

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 6.098,99

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 8.712,85

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 8.712,85

Conditions de remboursement :

G-§04

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/06/2020

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 € 4.356,43

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 4.356,43

Conditions de remboursement : G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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 € 6.970,28

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 6.970,28

Conditions de remboursement : G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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 € 8.712,85

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 8.712,85

Conditions de remboursement : G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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 € 8.712,85

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 8.712,85

Conditions de remboursement : G-§04

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 1.467,43

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.467,43

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 1.306,94

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.306,94

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 1.467,43

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.467,43

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 4.356,43

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 4.356,43

Conditions de remboursement :

G-§04

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 9.508,80

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 9.508,80

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 6.098,99

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 6.098,99

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 16.640,40

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 16.640,40

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

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

€ 1.485,75

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.485,75

Conditions de remboursement :

G-§04

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/06/2020

Date première publication :
1/04/2018

180493 - 180504

Extension de bifurcation iliaque, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

32712

Base de remboursement

€ 4.050,15

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 4.050,15

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

Date première publication :
1/04/2018

180515 - 180526

Extension de bifurcation iliaque, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée du côté controlatéral dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

32712

Base de remboursement

€ 3.037,62

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 3.037,62

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

Date première publication :
1/06/2020

180854 - 180865

Endoprothèse de bifurcation iliaque isolée, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

32713

Base de remboursement

€ 4.050,15

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 4.050,15

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/06/2020

Date première publication :
1/06/2020

180876 - 180880

Endoprothèse de bifurcation iliaque isolée, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée du côté controlatéral dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

32713

Base de remboursement

€ 3.037,62

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 3.037,62

Conditions de remboursement :

G-§04

G. Chirurgie vasculaire

G.5 Matériel d'embolisation

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 665,17	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 665,17

Conditions de remboursement : G-§01,G-§05

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 307,01	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 307,01

Conditions de remboursement : G-§05

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174016 - 174020

Ensemble du matériel de cathétérisme de base pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par point de ponction, pour un abord percutané

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 281,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 281,00

Conditions de remboursement : G-§05

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174031 - 174042

Ensemble du matériel de cathétérisme de base pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire avec une configuration triaxiale et à l'aide d'un cathéter intermédiaire « distal access », par point de ponction, pour un abord percutané

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 954,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 954,00

Conditions de remboursement : G-§05

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174053 - 174064

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.279,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.279,00

Conditions de remboursement : G-§05

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174090 - 174101

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.365,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.365,00

Conditions de remboursement : G-§05

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174112 - 174123

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.080,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.080,00

Conditions de remboursement : G-§05

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174134 - 174145

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.276,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.276,00

Conditions de remboursement : G-§05

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174156 - 174160

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.806,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.806,00

Conditions de remboursement : G-\$05

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174171 - 174182

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 1.180,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.180,00

Conditions de remboursement : G-\$05

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/10/2019

174193 - 174204

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

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 37601

Base de remboursement	€ 4.000,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 4.000,00

Conditions de remboursement : G-\$05

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/10/2019

174215 - 174226

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

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 37602

Base de remboursement	€ 9.000,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 9.000,00

Conditions de remboursement : G-\$05

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/10/2019

174230 - 174241

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

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

37603

Base de remboursement

€ 13.900,00

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 13.900,00

Conditions de remboursement :

G-§05

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/10/2019

174252 - 174263

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

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

37604

Base de remboursement

€ 850,00

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 850,00

Conditions de remboursement :

G-§05

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/10/2019

174274 - 174285

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

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

37605

Base de remboursement

€ 155,00

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 155,00

Conditions de remboursement :

G-§05

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174296 - 174300

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

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement

€ 4.457,25

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 4.457,25

Conditions de remboursement :

G-§05

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174311 - 174322

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 891,45	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 891,45

Conditions de remboursement : G-§05

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174075 - 174086

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 932,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 932,00

Conditions de remboursement : G-§05

G.6 Cathéter pour la recanalisation d'une occlusion vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 358,17	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 358,17

Conditions de remboursement : G-§02

G.7 Systèmes veineux centraux pour usage prolongé

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

161556 - 161560

Cathéter veineux central tunnalisé 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	€ 168,55	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 168,55

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

161571 - 161582

Cathéter veineux central tunnalisé pour dialyse, de type Hickman-Broviac pour utilisation prolongée, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement	€ 228,04	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 228,04

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 69,40	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 69,40

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 297,45	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 297,45

G.8 Vascular closure device

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,72	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,79
Montant du remboursement					€ 66,93

G. Chirurgie vasculaire

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 : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19	
					Montant du remboursement	€ 255.58

Conditions de remboursement : G-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19	
					Montant du remboursement	€ 255.58

Conditions de remboursement : G-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19	
					Montant du remboursement	€ 255.58

Conditions de remboursement : G-§08

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-iliaque ou iliaque

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19	
					Montant du remboursement	€ 255.58

Conditions de remboursement : G-§08

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19
				Montant du remboursement	€ 255,58

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 : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19
				Montant du remboursement	€ 255,58

Conditions de remboursement : G-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19
				Montant du remboursement	€ 255,58

Conditions de remboursement : G-§08

G.9.4 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation myocardique

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19
				Montant du remboursement	€ 255,58

Conditions de remboursement : G-§06, G-§08

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19	
					Montant du remboursement	€ 255,58

Conditions de remboursement : G-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 340,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 85,19	
					Montant du remboursement	€ 255.58

Conditions de remboursement : G-§08

G.10 Cathéter en vue de l'évacuation des collections profondes

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 102,34	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 102.34

G.11 Filtre de veine cave

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 594,90	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 594,90

G. Chirurgie vasculaire

G.12 Patches

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

161873 - 161884 Patch pour angioplastie

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 148,72	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 148,72

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

161895 - 161906 Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 74,37	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 74,37

G.13 Matériel pour le traitement des varices des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 255,84	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 140,71	
					Montant du remboursement	€ 115,13

Conditions de remboursement : G-§07

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 : 1/10/2019

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 programmeur 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	€ 5.266,74	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	Liste Nom.

Conditions de remboursement : G-§09

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2019

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 programmeur 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

€ 9.169,81

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

G-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 programmeur 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

€ 5.266,74

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

G-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 programmeur 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

€ 5.266,74

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

G-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 programmeur 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

€ 9.169,81

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

G-§09

G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2019

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 programmeur 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

€ 9.169,81

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

G-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.089,55

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.089,55

Conditions de remboursement :

G-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 1.089,55

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.089,55

Conditions de remboursement :

G-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 169,38

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 169,38

Conditions de remboursement :

G-§09

G. Chirurgie vasculaire

G.15 Extraction d'un corps étranger libre intravasculaire ou intracardiaque

Date dernière modification : 1/09/2019

Date première publication :
1/09/2019

174333 - 174344

Un ou plusieurs cathéter(s) d'extraction avec un diamètre extérieur distal supérieur ou égal à 4 French utilisé(s) lors de la prestation 589816-589820 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 393,66

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 393,66

Conditions de remboursement : G-§11

Date dernière modification : 1/09/2019

Date première publication :
1/09/2019

174355 - 174366

Un ou plusieurs cathéter(s) d'extraction avec un diamètre extérieur distal inférieur à 4 French utilisé(s) lors de la prestation 589816-589820 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 790,61

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 790,61

Conditions de remboursement : G-§11

Conditions de remboursement

G-§01

Prestations liées

160510

160521

161490

161501

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

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

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

Prestations liées

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 pré-dilatation, 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 à un stent en métal nu, et/ou n’est pas inférieur à un dispositif qui se trouve déjà sur la liste nominative,

et

- avoir démontré 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 la 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

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-poplitée 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

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
180493	180504
180515	180526
180854	180865
180876	180880

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, 161453-161464, 172690-172701, 172712-172723, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 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, 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 pourront entrer en ligne de compte que dans un seul établissement hospitalier pour valider l'enregistrement en ligne.

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.

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, 172712-172723, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 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, 161453-161464, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 :

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 3,5 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 isolé d'un diamètre supérieur à 3,5 cm avec une zone d'amarrage proximale et distale, rendant possible l'utilisation d'une endoprothèse iliaque droite;

ou

- rupture d'anévrisme iliaque, nonobstant le diamètre.

ou

- anévrisme iliaque ou aorto-iliaque d'un diamètre supérieur à 3,5 cm sans zone d'amarrage distale dans l'artère iliaque commune mais avec une zone d'amarrage distale dans l'artère iliaque externe, rendant possible l'utilisation d'une endoprothèse bifurquée iliaque;

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, 172690-172701, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 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.

Pour les prestations 180493-180504 et 180515-180526 :

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre l'extension de bifurcation iliaque, l'extension ou tuteur couvert pour placement dans l'artère iliaque interne, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

Pour les prestations 180854-180865 et 180876-180880 :

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre l'endoprothèse de bifurcation iliaque, l'extension ou tuteur couvert pour placement dans l'artère iliaque interne, 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 résultats d'imagerie médicale qui ont servi à établir l'indication ainsi que les documents 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 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, 161416-161420, 172690-172701, 180493-180504 et 180854-180865 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.

Les prestations 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 ne sont pas cumulables avec les prestations 160532 - 160543, 160554 - 160565, 160613 - 160624, 160635 - 160646 ou 161136 - 161140.

La prestation 172712-172723 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 172690-172701.

La prestation 180515-180526 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 180493-180504.

La prestation 180876-180880 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 180854-180865.

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.

Les prestations 180493-180504 et 180515-180526 peuvent uniquement être attestées en combinaison avec la prestation 161114-161125 ou 161151-161162.

Les prestations 180854-180865 et 180876-180880 sont cumulables avec la prestation 161210-161221.

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

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

Prestations liées

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

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

3.1 Définition

Dans le libellé des prestations 174016-174020 et 174031-174042, on entend par "matériel de cathétérisme de base" : tout le

matériel nécessaire pour obtenir un accès jusqu'au vaisseaux encéphaliques ou médullaires.

Dans le libellé de la prestation 174031-174042, on entend par "configuration triaxiale" : une combinaison emboîtée d'un cathéter de base ou gaine avec une longueur de travail d'au moins 70 cm, d'un cathéter intermédiaire « distal access » avec une longueur de travail d'au moins 90 cm et d'un microcathéter. Le cathéter intermédiaire « distal access » a une extrémité flexible et est utilisé dans le but d'atteindre au moins la partie distale de l'artère carotide interne, l'artère carotide externe, l'artère vertébrale ou la veine jugulaire interne.

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

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

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

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

3.2. Critères

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

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

3.2.2 Un stent pour traitement d'un anévrisme intracrânien situé à hauteur d'une bifurcation (174215-174226) ou un système de diversion ou un dérivateur de flux (174230-174241) qui est, selon le demandeur, une modification légère (implant et/ou système de placement) d'un dispositif du même fabricant 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 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 ainsi qu'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 pour traitement d'un anévrisme intracrânien situé à hauteur d'une bifurcation (174215-174226) ou un système de diversion ou un dérivateur de flux (174230-174241) 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.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Le rapport médical et les images radiologiques desquels il ressort que les dispositifs décrits sous les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ont été utilisés, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire. Ce rapport reprend, en plus de la description des lésions, le résultat à atteindre et le résultat obtenu, et de façon détaillée, quels dispositifs ont été utilisés pour l'embolisation effective.

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

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

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

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

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

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

5.2. Autres règles

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

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

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 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

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

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

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

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

174333

174344

174355

174366

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel pour l'extraction percutanée d'un corps étranger libre intravasculaire ou intracardiaque, 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 174333-174344 n'est pas cumulable avec la prestation 174355-174366

5.2 Autre 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

H. Gynécologie

H.1 Glande mammaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 24,56	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 24,56

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 326,87	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 326,87

Conditions de remboursement : H-\$01

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 81,86	Marge de sécurité (%)	50,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 122,79	Marge de sécurité (€)	€ 40,93	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 81,86

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 23,79	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 23,79

H. Gynécologie

H.2 Uterus

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 554,65	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 138,66	
					Montant du remboursement	€ 415,99

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 770,58	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 192,64	
					Montant du remboursement	€ 577,94

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 263,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 65,75	
					Montant du remboursement	€ 197,25

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 554,65	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 138,66	
					Montant du remboursement	€ 415.99

Conditions de remboursement : H-§03

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 554,65	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 138,66	
					Montant du remboursement	€ 415,99

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 228,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 57,05	
					Montant du remboursement	€ 171,15

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 40,94	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 22,51	
					Montant du remboursement	€ 18,43

Conditions de remboursement : H-§03

H.3 Annexes de l'uterus

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 228,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 57,05	
					Montant du remboursement	€ 171,15

Conditions de remboursement : H-§03

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 228,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 57,05	
					Montant du remboursement	€ 171,15

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 228,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 57,05	
					Montant du remboursement	€ 171,15

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 107,45	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 59,09	
					Montant du remboursement	€ 48,36

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

162234 - 162245

Ensemble des clips pour stérilisation

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement	€ 69,40	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 38,17	
					Montant du remboursement	€ 31,23

H. Gynécologie

H.4 Filets pour la réparation d'un prolapsus

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 297,15

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 297,15

Conditions de remboursement :

H-§02

Date dernière modification : 1/08/2020

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

€ 445,73

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 445,73

Conditions de remboursement :

H-§04

Date dernière modification : 1/01/2020

Date première publication :
1/01/2020

180751 - 180762

Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, y compris les systèmes de placement et d'ancrage, lorsqu'il n'est pas satisfait aux conditions de la prestation 182070-182081

Catégorie de remboursement :

I.D.a

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 :

H-§04

H.5 Divers

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 586,38

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

25,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 146,59

Montant du remboursement

€ 439,79

Conditions de remboursement :

H-§03

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

162396 - 162400

Treillis suburétral 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	€ 356,95	Marge de sécurité (%)	15,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 410,49	Marge de sécurité (€)	€ 53,54	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 356,95

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 233,32	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 58,33
Montant du remboursement					€ 174,99

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 69,58	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 17,39
Montant du remboursement					€ 52,19

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 228,20	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 57,05
Montant du remboursement					€ 171,15

Conditions de remboursement : H-§03

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 59,87	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 59,87
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 prépecto- rales 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

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.

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

180751

180762

182070

182081

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 récurrences 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 publiés 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

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182070-182081 et 180751-180762 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement H-Form-I-01 reprenant les caractéristiques de référence ait été complété via l'application en ligne.

Pour la prestation 182070-182081, 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 H-Form-I-01 (reprenant les caractéristiques de référence), le formulaire H-Form-I-02 (reprenant les données de suivi), éventuellement le formulaire H-Form-I-03 (reprenant les données des complications si des complications surviennent en dehors de l'intervention ou d'une consultation de suivi planifiée) et le consentement éclairé du bénéficiaire doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Pour la prestation 180751-180762, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que le formulaire d'enregistrement H-Form-I-01 (reprenant les caractéristiques de référence), le formulaire H-Form-I-02 (reprenant les données de suivi), éventuellement le formulaire H-Form-I-03 (reprenant les données des complications si des complications surviennent en dehors de l'intervention ou d'une consultation de suivi planifiée) 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

Les prestations 182070-182081 et 180751-180762 ne peuvent être attestées 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.

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

Date de rapport 18/02/2021

Pas d'application

I. Pneumologie et système respiratoire

I.1 Voies respiratoires

I.1.1 Tuteurs

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 396,61	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 503,69	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 503,69

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.090,66	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.090,66

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 743,63	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 743,63

I. Pneumologie et système respiratoire

I.1.2 Divers

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 20,46	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 11,25
				Montant du remboursement	€ 9,21

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 145,32	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 36,33
				Montant du remboursement	€ 108,99

Date dernière modification : 1/02/2020

Date première publication :
1/02/2020

180773 - 180784

Ensemble de matériel pour la quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaires isolés, utilisé lors d'une bronchoscopie diagnostique

Catégorie de remboursement : II.E.a **Liste Nom.** 38001

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 : I-§01

I.1.3 Valve endobronchique

Date dernière modification : 1/02/2020

Date première publication :
1/02/2020

180795 - 180806

Valve endobronchique unidirectionnelle avec système de placement

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 38101

Base de remboursement	€ 2.385,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 2.385,00

Conditions de remboursement : I-§02

Conditions de remboursement

I-§01

Prestations liées

180773

180784

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaire isolés, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 180773-180784 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 est repris sur la liste des établissements hospitaliers concernant le placement des valves endobronchiques unidirectionnelles (prestation 180795-180806)

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 180773-180784 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire souffre d'emphysème pulmonaire et répond, après avoir bénéficié d'une réhabilitation respiratoire et après un traitement médicamenteux optimal, conformément aux recommandations GOLD en vigueur, aux critères suivants :

- Le bénéficiaire souffre d'une BPCO sévère (GOLD III) ou très sévère (GOLD IV);

ET

- Le bénéficiaire a une tolérance à l'effort réduite (6-MWT <450m) ;

ET

- Le bénéficiaire est handicapé dans la vie quotidienne (mMRC ≥2) ;

ET

- Le bénéficiaire n'a pas fumé depuis au moins six mois avant l'implantation, attesté par un test de détection de nicotine négatif ;

ET

- Le poumon à traiter montre une hyperinflation avec un volume résiduel >175% pour l'emphysème hétérogène ou un volume résiduel >225% pour l'emphysème homogène ;

ET

- Le lobe à traiter a une intégrité de la fissure entre 80% et 95% sur base du TDM-HR

3. Critères concernant le dispositif

3.1. Définition

Pas d'application

3.2. Critères

Le matériel de quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaires isolés 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 incluant au moins 80 patients que le dispositif peut prédire correctement, dans au moins 75% des cas, si des patients obtiendront une réduction du volume pulmonaire d'au moins 350 ml après l'implantation de valves endobronchiques.

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

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 180795-180806 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 :

1.1 L'établissement hospitalier dispose d'une équipe multidisciplinaire qui est responsable pour la sélection, l'implantation et le suivi des patients, et qui est composée au moins d'un médecin traitant spécialiste en pneumologie, d'un médecin spécialiste en pneumologie avec expérience en bronchoscopie interventionnelle, d'un chirurgien thoracique, d'un radiologue et d'un médecin spécialiste en gériatrie si le bénéficiaire a 75 ans ou plus.

Le médecin traitant spécialiste en pneumologie et le médecin spécialiste en pneumologie avec expérience en bronchoscopie interventionnelle peuvent être le même médecin-spécialiste.

1.2 L'établissement hospitalier dispose d'un service de garde pneumologique permanent

1.3 L'établissement hospitalier a de l'expérience dans le traitement des patients adultes par bronchoscopie interventionnelle au moyen d'un bronchoscope rigide, démontrée par un minimum de 40 interventions chez des adultes (18 ans ou plus) calculée comme la somme des prestations suivantes de la nomenclature pour les années x-3 à x-2 :

- Bronchoscopie avec extraction de corps étrangers ou mise en place d'un élément prothétique (471796-471800)
- Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions par la méthode au laser YAG (471730-471741 + 355036-355040).

1.4 L'établissement hospitalier qui répond aux critères susmentionnés, introduit le formulaire I-Form-II-01, auprès du Service de soins de santé. La Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux dressera tous les deux ans 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 : INAMI, 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@riziv-inami.fgov.be

1.5 L'établissement hospitalier transmet annuellement avant le 30 avril les données concernant les primo-implantations, les remplacements et les suivis de l'année précédente visées sous le point 4 au registre en ligne.

Lorsque le Service constate que l'établissement hospitalier n'a pas transmis ces données dans le délai prévu, le remboursement du dispositif est suspendu temporairement pour cet établissement hospitalier. Le Service en informe l'établissement hospitalier.

Lorsque l'établissement hospitalier a complété les données faisant défaut, celui-ci en informe le Service. La suspension de l'intervention est levée lorsque les données sont correctement complétées.

Si l'établissement hospitalier échoue à compléter les données faisant défaut endéans un mois après qu'il ait été averti par le Service, il est supprimé définitivement de la liste des établissements hospitaliers

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 180795-180806 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire souffre d'emphysème pulmonaire et répond, après avoir bénéficié d'une réhabilitation respiratoire et après un traitement médicamenteux optimal, conformément aux recommandations GOLD en vigueur, aux critères suivants :

- Le bénéficiaire souffre d'une BPCO sévère (GOLD III) ou très sévère (GOLD IV);

ET

- Le bénéficiaire a une tolérance à l'effort réduite (6-MWT <450m) ;

ET

- Le bénéficiaire est handicapé dans la vie quotidienne (mMRC ≥2) ;

ET

- Le bénéficiaire n'a pas fumé depuis au moins six mois avant l'implantation, attesté par un test de détection de nicotine négatif ;

ET

- Le poumon à traiter montre une hyperinflation avec un volume résiduel >175% pour l'emphysème hétérogène ou un volume résiduel >225% pour l'emphysème homogène ;

ET

- Le lobe à traiter a une fissure complète, démontrée par une intégrité de la fissure d'au moins 95% sur TDM-HR OU le lobe à traiter a une fissure semi-complète (intégrité de la fissure entre 80% et 95% sur TDM-HR) où l'absence de ventilation collatérale a été démontrée quantitativement en utilisant le matériel comme stipulé sous la prestation 180773-180784.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 180795-180806 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 Une valve endobronchique unidirectionnelle 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 6 mois minimum, une amélioration cliniquement et statistiquement significative de la fonction pulmonaire (VEMS) en comparaison avec le traitement médical standard, ET dans une étude clinique avec au moins 100 patients, il est démontré que le dispositif a un profil de sécurité acceptable ;

- soit avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum et un suivi de 6 mois minimum qu'il n'est pas moins efficace que les dispositifs qui se trouvent déjà sur la liste nominative, ET dans une étude clinique avec au moins 100 patients, il est démontré que le dispositif a un profil de sécurité acceptable.

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

Pour chaque bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 180795-180806, les données de l'année précédente visées dans le formulaire d'enregistrement I-Form-I-01 sont transmises annuellement avant le 30 avril au registre en ligne.

Les modalités d'enregistrement de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à Healthdata, au Belgian Respiratory Society et à la Commission, sont établies par la Commission, le Service et HealthData.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2 Remplacement

En cas de remplacement, les données dans le formulaire d'enregistrement I-Form-I-02 doivent être transmises selon la procédure visées sous le point 4.1

4.3 Remplacement anticipé

Pas d'application

4.4 Suivi de traitement après implantation

Le bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 180795-180806 doit être suivi au moins 3, 6, 12, 24 et 36 mois après la primo-implantation.

Pour le suivi du traitement du bénéficiaire, les données dans le formulaire d'enregistrement I-Form-I-03 doivent être transmises selon la procédure visées sous le point 4.1.

4.5 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Tous les trois ans, le Belgian Respiratory Society fera une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

7. Divers

Pas d'application

J. Chirurgie plastique et reconstructive

J.1 Implants ou expanseurs tissulaires

J.1.1 Reconstruction de la glande mammaire

Date dernière modification : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 € 376,78 Marge de sécurité (%) 0,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 376,78 Marge de sécurité (€) € 0,00 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 376,78

Conditions de remboursement : J-§02

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 545,33 Marge de sécurité (%) 0,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 545,33 Marge de sécurité (€) € 0,00 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 545,33

Conditions de remboursement : J-§02

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 674,22 Marge de sécurité (%) 0,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 674,22 Marge de sécurité (€) € 0,00 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 674,22

Conditions de remboursement : J-§02

J. Chirurgie plastique et reconstructive

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

162676 - 162680

Implant mammaire anatomique ou expandeur 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	€ 976,63	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 976,63	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 976,63

Conditions de remboursement : J-§02

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

162691 - 162702

Expandeur tissulaire temporaire non-anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement	€ 426,35	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 426,35	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 426,35

Conditions de remboursement : J-§02

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

162713 - 162724

Expandeur tissulaire temporaire anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement	€ 581,02	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 581,02	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 581,02

Conditions de remboursement : J-§02

J.1.2 Non-reconstruction de la glande mammaire

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

162735 - 162746

Expandeur tissulaire temporaire pour une reconstruction non mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement	€ 426,35	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 426,35	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 426.35

Conditions de remboursement : J-§02

Conditions de remboursement

J-§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 procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

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 : 1/04/2018

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 46,60	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 25,63
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 20,97
Conditions de remboursement :	K-§01			

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/07/2014

162772 - 162783	Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement lors d'une intervention craniospinale intradurale (par intervention)			
Catégorie de remboursement :	I.E.d	Liste Nom.	32901	
<i>Base de remboursement</i>	€ 316,29	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 173,95
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 142,34
Conditions de remboursement :	K-§01			

Date dernière modification : 1/08/2020

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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 513,60	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 282,48
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 231,12
Conditions de remboursement :	K-§01			

Date dernière modification : 1/08/2020

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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 513,60	<i>Marge de sécurité (%)</i> /	<i>Intervention personnelle (%)</i>	55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i> /	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 282,48
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 231,12
Conditions de remboursement :	K-§01			

K. Chirurgie en général

Date dernière modification : 1/08/2020

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 € 513,60

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 282,48

Montant du remboursement € 231,12

Conditions de remboursement : K-§01

K.2 Produits hémostatiques

Date dernière modification : 1/08/2020

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 € 252,84

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 139,06

Montant du remboursement € 113,78

Conditions de remboursement : K-§01

Date dernière modification : 1/08/2020

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 € 252,84

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 139,06

Montant du remboursement € 113,78

Conditions de remboursement : K-§01

K.3 Anti-adhésifs

Date dernière modification : 1/08/2020

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 € 276,63

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 152,14

Montant du remboursement € 124,49

Conditions de remboursement : K-§01

K. Chirurgie en général

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/07/2014

162890 - 162901

Anti-adhésif à base de polymères naturels (non-bovins) utilisé spécifiquement lors d'une intervention crânio-spinale (par cm²)

Catégorie de remboursement :

I.E.d

Liste Nom.

33102

Base de remboursement

€ 5,95

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

55,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 3,27

Montant du remboursement

€ 2,68

Conditions de remboursement :

K-§01

Date dernière modification : 1/08/2020

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

€ 220,12

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

55,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 121,06

Montant du remboursement

€ 99,06

Conditions de remboursement :

K-§01

Date dernière modification : 1/08/2020

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

€ 162,61

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

55,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 89,43

Montant du remboursement

€ 73,18

Conditions de remboursement :

K-§01

K.4 Matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 179,08

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 179,08

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

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 : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 : 1/08/2020

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 : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 260,26	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 286,28	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 26,02	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 260,26
Conditions de remboursement :	L-§02				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 260,26	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 286,28	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 26,02	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 387,40	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 837,85	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 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 transversale 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 : 1/08/2020

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 : 1/08/2020

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 : 1/08/2020

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 : 1/08/2020

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 : 1/08/2020

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 : 1/08/2020

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 sublaminare 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 : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

164091 - 164102

Prothèse humérale monobloc

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom. 33601

Base de remboursement € 847,74

Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.017,28

Marge de sécurité (€) € 169,54 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 847,74

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 738,68

Marge de sécurité (%) 30,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 960,28

Marge de sécurité (€) € 221,60 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 738,68

Conditions de remboursement : L-§06

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 738,68

Marge de sécurité (%)

30,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 960,28

Marge de sécurité (€)

€ 221,60

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 738,68

Conditions de remboursement :

L-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 842,78

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.011,33

Marge de sécurité (€)

€ 168,55

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 842,78

Conditions de remboursement :

L-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 1.090,66

Marge de sécurité (%)

25,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.363,32

Marge de sécurité (€)

€ 272,66

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.090,66

Conditions de remboursement :

L-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 813,03

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 975,63

Marge de sécurité (€)

€ 162,60

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 813,03

Conditions de remboursement :

L-§06

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 966,72

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.160,06

Marge de sécurité (€)

€ 193,34

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 966,72

Conditions de remboursement :

L-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 358,93

Marge de sécurité (%)

25,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 448,66

Marge de sécurité (€)

€ 89,73

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 358,93

Conditions de remboursement :

L-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 961,76

Marge de sécurité (%)

25,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.202,20

Marge de sécurité (€)

€ 240,44

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 961,76

Conditions de remboursement :

L-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 1.015,30

Marge de sécurité (%)

25,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.269,12

Marge de sécurité (€)

€ 253,82

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.015,30

Conditions de remboursement :

L-§06

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 961,76

Marge de sécurité (%)

25,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.202,20

Marge de sécurité (€)

€ 240,44

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 961,76

Conditions de remboursement :

L-§06

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 1.015,30

Marge de sécurité (%)

25,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.269,12

Marge de sécurité (€)

€ 253,82

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.015,30

Conditions de remboursement :

L-§06

L.2.1.1.2 Tête

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 630,60

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 756,72

Marge de sécurité (€)

€ 126,12

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 630,60

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 1.536,83

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.844,19

Marge de sécurité (€)

€ 307,36

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.536,83

Conditions de remboursement :

L-§07

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 378,76 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 454,51 Marge de sécurité (€) € 75,75 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 378,76

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 630,60 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 756,72 Marge de sécurité (€) € 126,12 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 630,60

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 555,24 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 666,28 Marge de sécurité (€) € 111,04 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 555,24

L.2.1.1.3 Glène

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 327,19 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 392,62 Marge de sécurité (€) € 65,43 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 327,19

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 327,19 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 392,62 Marge de sécurité (€) € 65,43 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 327,19

Conditions de remboursement : L-§08

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 433,28

Marge de sécurité (%) 20,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 519,93

Marge de sécurité (€) € 86,65

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 433,28

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 433,28

Marge de sécurité (%) 20,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 519,93

Marge de sécurité (€) € 86,65

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 433,28

Conditions de remboursement : L-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 347,03

Marge de sécurité (%) 25,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 433,78

Marge de sécurité (€) € 86,75

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 347,03

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 198,30

Marge de sécurité (%) 20,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 237,96

Marge de sécurité (€) € 39,66

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 198,30

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 198,30

Marge de sécurité (%) 20,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 237,96

Marge de sécurité (€) € 39,66

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 198,30

Conditions de remboursement : L-§08

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 361,90	<i>Marge de sécurité (%)</i>	35,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 488,56	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 126,66	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 361,90

L.2.1.1.4 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

164592 - 164603	Cupule humérale pour prothèse d'épaule inversée				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	33626		
<i>Base de remboursement</i>	€ 198,30	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 237,96	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 39,66	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 198,30

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

164614 - 164625	Rehausseur pour prothèse d'épaule				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	33627		
<i>Base de remboursement</i>	€ 178,47	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 214,16	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 35,69	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 178,47

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

164636 - 164640	Spacer en ciment imprégné d'antibiotique				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	33628		
<i>Base de remboursement</i>	€ 708,93	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 779,82	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 70,89	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 708,93

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.1.1.5 Accessoires pour prothèses d'épaule

Date dernière modification : 1/11/2019

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	€ 33,71	Marge de sécurité (%)	10,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 37,08	Marge de sécurité (€)	€ 3,37	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 33,71

L.2.1.2 Coude

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.140,23	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.368,27	Marge de sécurité (€)	€ 228,04	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.140,23

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 713,88	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 856,65	Marge de sécurité (€)	€ 142,77	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 713,88

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

164710 - 164721	Composant pour condyle huméral d'une prothèse unicompartmentale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	33703		
Base de remboursement	€ 694,05	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 832,86	Marge de sécurité (€)	€ 138,81	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 694,05

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.239,38	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.487,25	Marge de sécurité (€)	€ 247,87	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.239,38

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 218,13	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 261,75	Marge de sécurité (€)	€ 43,62	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 218,13

L.2.1.3 Poignet

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.239,38	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.487,25	Marge de sécurité (€)	€ 247,87	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.239,38

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.487,26	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.784,71	Marge de sécurité (€)	€ 297,45	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.487,26

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

164813 - 164824

Prothèse de resurfacement du poignet à impacter dans le grand os du carpe

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

33708

Base de remboursement	€ 1.274,08	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.528,89	Marge de sécurité (€)	€ 254,81	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.274,08

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 1.288,96

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.546,75

Marge de sécurité (€)

€ 257,79

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.288,96

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 545,33

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 654,39

Marge de sécurité (€)

€ 109,06

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 545,33

L.2.1.4 Main

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 495,76

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 594,91

Marge de sécurité (€)

€ 99,15

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 495,76

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 495,76

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 594,91

Marge de sécurité (€)

€ 99,15

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 495,76

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 594,90

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 713,88

Marge de sécurité (€)

€ 118,98

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 594,90

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 803,12	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 963,74	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 160,62	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 803,12

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 257,79	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 309,34	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 51,55	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 257,79

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 991,51	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.189,81	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 198,30	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 991,51

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 257,79	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 309,34	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 51,55	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 257,79

L.2.1.5 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

165012 - 165023	Implants pour tendons de doigt				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	33718		
<i>Base de remboursement</i>	€ 356,95	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 428,34	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 71,39	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 356,95

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 5.651,58

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 6.781,89

Marge de sécurité (€)

€ 1.130,31

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 5.651,58

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 941,93

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.130,31

Marge de sécurité (€)

€ 188,38

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 941,93

L.2.1.6 Accessoires

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 33,71

Marge de sécurité (%)

10,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 37,08

Marge de sécurité (€)

€ 3,37

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 33,71

L.2.2 Membre inférieur

L.2.2.1 Hanche

L.2.2.1.1 Prothèses fémorales

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183035 - 183046

Tige d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, placée lors d'une intervention primaire ou d'une révision d'une prothèse de resurfaçage, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.D.f

Base de remboursement

€ 789,68

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

5,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 39,48

Montant du remboursement

€ 750,20

Conditions de remboursement :

L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183050 - 183061

Tige d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, placée lors d'une révision d'une prothèse totale de hanche, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 1.371,38	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.371,38

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183072 - 183083

Composant fémoral d'une prothèse de resurfaçage, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	€ 930,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 46,50	
					Montant du remboursement	€ 883,50

Conditions de remboursement : L-§31,L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183094 - 183105

Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	€ 789,68	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 39,48	
					Montant du remboursement	€ 750,20

Conditions de remboursement : L-§12,L-§09

L.2.2.1.2 Tête pour tige de hanche

Date dernière modification : 1/06/2018

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. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183116 - 183120

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, cône/adaptateur inclus – métal pour un couple de frottement autre que métal-métal

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	€ 185,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 9,28	
					Montant du remboursement	€ 176,46

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183131 - 183142

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus - métal en contact avec une surface en métal, avec un diamètre inférieur à 36 mm

Catégorie de remboursement : I.E.f

Liste Nom. 36901

Base de remboursement	€ 185,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 9,28	
					Montant du remboursement	€ 176.46

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183153 - 183164

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus – céramique

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	€ 352,35	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 17,61	
					Montant du remboursement	€ 334,74

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183175 - 183186

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus - céramique, avec un diamètre supérieur ou égal à 38 mm

Catégorie de remboursement : I.E.f

Liste Nom. 36902

Base de remboursement	€ 674,02	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 33,70	
					Montant du remboursement	€ 640,32

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183190 - 183201

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adapteur inclus – bipolaire

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement € 488,28

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 5,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 24,41

Montant du remboursement € 463,87

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 : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183212 - 183223

Cupule non modulaire en polyéthylène d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement € 269,16

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 5,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 13,45

Montant du remboursement € 255,71

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183234 - 183245

Cupule non modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, à utiliser sans ciment - surface de frottement en polyéthylène

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement € 714,61

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 5,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 35,73

Montant du remboursement € 678,88

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183256 - 183260

Cupule non modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, à utiliser avec ou sans ciment- surface de frottement en métal

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement € 714,61

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 5,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 35,73

Montant du remboursement € 678,88

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183271 - 183282

Cupule non modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, à utiliser avec ou sans ciment- surface de frottement en céramique

Catégorie de remboursement :

I.D.f

Base de remboursement	€ 852,18	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 42,60	
					Montant du remboursement	€ 809,58

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 : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183293 - 183304

Partie interne d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en polyéthylène

Catégorie de remboursement :

I.D.f

Base de remboursement	€ 195,76	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 9,78	
					Montant du remboursement	€ 185,98

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183315 - 183326

Partie interne d'une cupule modulaire à double mobilité d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en polyéthylène

Catégorie de remboursement :

I.E.f

Liste Nom. 36903

Base de remboursement	€ 436,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 21,81	
					Montant du remboursement	€ 414,58

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183330 - 183341

Partie interne d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en métal

Catégorie de remboursement :

I.D.f

Base de remboursement	€ 195,76	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 9,78	
					Montant du remboursement	€ 185,98

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183352 - 183363

Partie interne d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en céramique

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	€ 333,33	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 16,66	
					Montant du remboursement	€ 316,67

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.1.3.2.2 Partie externe

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183374 - 183385

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.D.f

Base de remboursement	€ 518,85	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 25,94	
					Montant du remboursement	€ 492,91

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183396 - 183400

Partie externe d'une cupule modulaire à double-mobilité d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.E.f **Liste Nom.** 36904

Base de remboursement	€ 570,74	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	5,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 28,53	
					Montant du remboursement	€ 542,21

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183411 - 183422

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

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste Nom.** 36905

Base de remboursement	€ 958,04	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 958,04

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183433 - 183444

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, en métal poreux, pour reconstruction du cotyle, où les défauts osseux peuvent être comblés par des éléments modulaire séparés, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

36906

Base de remboursement € 789,68

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 789,68

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183455 - 183466

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour reconstruction du cotyle, avec des éléments fixes pour fixation extra-acétabulaire au moyen de minimum 3 pattes avec 2 points de fixation par patte, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

36907

Base de remboursement € 661,52

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 661,52

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.1.4 Spacer

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183470 - 183481

Spacer pour prothèse de hanche, en ciment avec antibiotique, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement € 750,19

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 750,19

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.1.6 Accessoires pour prothèses de hanche

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183492 - 183503

Vis ou plot utilisé lors du placement d'une cupule acétabulaire, par pièce - maximum cinq pièces

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement € 34,03

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 34,03

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183514 - 183525

Vis ou plot utilisé lors du placement d'une cupule acétabulaire de reconstruction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 34,03

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 34,03

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183536 - 183540

Support acétabulaire pour cupule

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 : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183551 - 183562

Implant de reconstruction modulaire pour remplissage des défauts osseux cotyloïdiens (cales, renforts, obturateurs ... acétabulaires), y compris toutes les pièces de fixation à la cupule, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 875,89

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 875,89

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/06/2018

183573 - 183584

Ensemble des vis de verrouillage d'une tige d'une prothèse de hanche

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 55,00

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 55,00

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 : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 961,76	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.154,11	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 192,35	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 961,76
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.189,81	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.427,77	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 237,96	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.189,81
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.2.1.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.269,13	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.522,95	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 253,82	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.269,13
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.269,13	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.522,95	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 253,82	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.269,13
Conditions de remboursement :	L-§09				

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

165955 - 165966	Composant fémoral bicondyalaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34005		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.388,11	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.665,73	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 277,62	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.388,11
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

165970 - 165981	Composant fémoral bicondyalaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34006		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.388,11	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.665,73	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 277,62	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.388,11
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/05/2015

171113 - 171124	Composant fémoral bicondyalaire pour révision, pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34070		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.564,64	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.955,80	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 391,16	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.564,64
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166036 - 166040	Composant fémoral bicondyalaire pour révision, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34009		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.487,26	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.784,71	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 297,45	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.487,26
Conditions de remboursement :	L-§09				

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.1.3 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 1.968,13	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 2.361,75	Marge de sécurité (€)	€ 393,62	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.968,13

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.1.4 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 1.189,81	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.427,77	Marge de sécurité (€)	€ 237,96	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.189,81

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.1.5 Implant de surface

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 1.536,83	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.844,19	Marge de sécurité (€)	€ 307,36	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.536,83

Conditions de remboursement : L-§15,L-§09

L.2.2.2.2 Composants tibiaux

L.2.2.2.2.1 Unicondylaire

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 644,48	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 773,37	Marge de sécurité (€)	€ 128,89	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 644,48

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166154 - 166165	Composant tibial unicondyloire monobloc en polyéthylène highly cross-linked				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34015		
<i>Base de remboursement</i>	€ 644,48	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 773,37	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 128,89	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 644,48
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166176 - 166180	Composant tibial unicondyloire monobloc metal-backed, pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34016		
<i>Base de remboursement</i>	€ 396,61	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 475,93	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 79,32	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 396,61
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166191 - 166202	Composant tibial unicondyloire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34017		
<i>Base de remboursement</i>	€ 396,61	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 475,93	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 79,32	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 396,61
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166213 - 166224	Embase tibiale unicondyloire pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34018		
<i>Base de remboursement</i>	€ 644,48	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 773,37	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 128,89	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 644,48
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166235 - 166246	Embase tibiale unicondyloire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34019		
<i>Base de remboursement</i>	€ 694,05	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 832,86	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 138,81	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 694,05
Conditions de remboursement :	L-§09				

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166250 - 166261 Insert unicondylaire en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34020		
<i>Base de remboursement</i>	€ 297,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 356,94	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 59,49	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 297,45
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166272 - 166283 Insert unicondylaire en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34021		
<i>Base de remboursement</i>	€ 297,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 356,94	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 59,49	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 297,45
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09				

L.2.2.2.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166294 - 166305 Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34022		
<i>Base de remboursement</i>	€ 322,24	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 386,68	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 64,44	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 322,24
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 322,24	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 386,68	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 64,44	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 322,24
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 889,38	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.067,25	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 177,87	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 889,38
Conditions de remboursement :	L-§09				

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.110,49	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.332,58	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 222,09	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.110,49
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 793,20	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 951,84	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 158,64	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 793,20
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 793,20	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 951,84	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 158,64	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 793,20
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 941,93	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.130,31	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 188,38	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 941,93
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 941,93	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.130,31	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 188,38	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 941,93

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/05/2015

171135 - 171146

Insert bicondylaire en polyéthylène

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34071

Base de remboursement

€ 401,23

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 481,47

Marge de sécurité (€)

€ 80,24

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 401,23

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 446,18

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 535,41

Marge de sécurité (€)

€ 89,23

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 446,18

Conditions de remboursement : L-§08,L-§09

L.2.2.2.2.3 Bicondylaire (pour révision)

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 892,35

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.070,82

Marge de sécurité (€)

€ 178,47

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 892,35

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 991,51

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.189,81

Marge de sécurité (€)

€ 198,30

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 991,51

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 530,06	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 636,07	Marge de sécurité (€)	€ 106,01	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 530,06

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 495,76	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 594,91	Marge de sécurité (€)	€ 99,15	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 495,76

Conditions de remboursement : L-§08,L-§09

L.2.2.2.4 Composant tibial de prothèse à charnière modulaire

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 1.363,32	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 1.635,98	Marge de sécurité (€)	€ 272,66	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 1.363,32

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 1.189,81	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.427,77	Marge de sécurité (€)	€ 237,96	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.189,81

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 396,61	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 475,93	Marge de sécurité (€)	€ 79,32	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 396,61

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 396,61 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 475,93 *Marge de sécurité (€)* € 79,32 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

Conditions de remboursement : L-§08,L-§09

L.2.2.2.5 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 322,24 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 386,68 *Marge de sécurité (€)* € 64,44 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 322,24

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 322,24 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 386,68 *Marge de sécurité (€)* € 64,44 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 322,24

Conditions de remboursement : L-§08,L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 793,20 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 951,84 *Marge de sécurité (€)* € 158,64 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 793,20

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 941,93

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.130,31

Marge de sécurité (€)

€ 188,38

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 941,93

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 396,61

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 475,93

Marge de sécurité (€)

€ 79,32

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 396,61

Conditions de remboursement :

L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 396,61

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 475,93

Marge de sécurité (€)

€ 79,32

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 396,61

Conditions de remboursement :

L-§08,L-§09

L.2.2.2.3 Spacer

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 713,88

Marge de sécurité (%)

10,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 785,26

Marge de sécurité (€)

€ 71,38

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 713,88

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 : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166876 - 166880

Trochlée pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34051		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.006,38	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.207,65	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 201,27	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.006,38
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.330,60	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.596,72	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 266,12	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.330,60
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.2.4.2 Rotule

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166913 - 166924

Rotule en polyéthylène

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34053		
<i>Base de remboursement</i>	€ 188,38	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 226,05	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 37,67	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 188,38
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

166935 - 166946

Rotule en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34054		
<i>Base de remboursement</i>	€ 203,26	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 243,91	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 40,65	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 203,26
Conditions de remboursement :	L-§08,L-§09				

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 337,12	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 404,54	Marge de sécurité (€)	€ 67,42	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 337,12

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 337,12	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 404,54	Marge de sécurité (€)	€ 67,42	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 337,12

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 366,86	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 440,23	Marge de sécurité (€)	€ 73,37	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 366,86

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.5 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 3.024,10	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 3.628,92	Marge de sécurité (€)	€ 604,82	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 3.024,10

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 2.875,36	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 3.450,43	Marge de sécurité (€)	€ 575,07	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 2.875,36

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.6 Tiges

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 297,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 356,94	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 59,49	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 297,45

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 347,03	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 416,43	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 69,40	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 347,03

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 507,65	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 609,18	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 101,53	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 507,65

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 507,65	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 609,18	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 101,53	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 507,65

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 297,45 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 356,94 Marge de sécurité (€) € 59,49 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 297,45

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 347,03 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 416,43 Marge de sécurité (€) € 69,40 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 347,03

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 555,24 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 666,28 Marge de sécurité (€) € 111,04 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 555,24

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 555,24 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 666,28 Marge de sécurité (€) € 111,04 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 555,24

Conditions de remboursement : L-§09

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 570,11 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 684,13 Marge de sécurité (€) € 114,02 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 570,11

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 694,05 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 832,86 Marge de sécurité (€) € 138,81 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 694,05

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.7 Accessoires pour prothèses de genou

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 297,45 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 356,94 Marge de sécurité (€) € 59,49 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 297,45

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 297,45 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 356,94 Marge de sécurité (€) € 59,49 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 297,45

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 366,86	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 440,23	Marge de sécurité (€)	€ 73,37	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 366.86

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 366,86	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 440,23	Marge de sécurité (€)	€ 73,37	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 366.86

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 525,50	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 630,60	Marge de sécurité (€)	€ 105,10	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 525.50

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 951,84	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 1.142,20	Marge de sécurité (€)	€ 190,36	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 951,84

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167370 - 167381

Vis osseuse, maximum quatre pièces, par pièce

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement	€ 39,66	Marge de sécurité (%)	10,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 43,62	Marge de sécurité (€)	€ 3,96	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 39,66

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167392 - 167403

Plug osseux, maximum deux pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement	€ 148,72	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 178,46	Marge de sécurité (€)	€ 29,74	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 148,72

L.2.2.3 Cheville

L.2.2.3.1 Tibial

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 495,76	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 594,91	Marge de sécurité (€)	€ 99,15	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 495,76

Conditions de remboursement : L-§16

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 842,78	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.011,33	Marge de sécurité (€)	€ 168,55	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 842,78

Conditions de remboursement : L-§16

L.2.2.3.2 Talaire

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 520,54	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 624,64	Marge de sécurité (€)	€ 104,10	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 520,54

Conditions de remboursement : L-§16

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 991,51

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.189,81

Marge de sécurité (€)

€ 198,30

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 991,51

Conditions de remboursement :

L-§16

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/07/2014

167495 - 167506

Insert talaire en polyéthylène

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34105

Base de remboursement

€ 272,66

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 327,19

Marge de sécurité (€)

€ 54,53

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 272,66

Conditions de remboursement :

L-§16

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 272,66

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 327,19

Marge de sécurité (€)

€ 54,53

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 272,66

Conditions de remboursement :

L-§16

L.2.2.3.3 Accessoires pour prothèses de cheville

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167532 - 167543

Vis osseuse, maximum 4 pièces, par pièce

Catégorie de remboursement :

I.B.a

Base de remboursement

€ 33,71

Marge de sécurité (%)

10,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 37,08

Marge de sécurité (€)

€ 3,37

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 33,71

L.2.2.4 Pied

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167554 - 167565

Hémi-prothèse métatarso-phalangienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

33721

Base de remboursement

€ 634,56

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 761,47

Marge de sécurité (€)

€ 126,91

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 634,56

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 480,88

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 577,05

Marge de sécurité (€)

€ 96,17

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 480,88

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 1.417,85

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.701,42

Marge de sécurité (€)

€ 283,57

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.417,85

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 371,81

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 446,17

Marge de sécurité (€)

€ 74,36

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 371,81

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 277,62

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 333,14

Marge de sécurité (€)

€ 55,52

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 277,62

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 421,39

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 505,66

Marge de sécurité (€)

€ 84,27

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 421,39

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 1.536,83

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 1.844,19

Marge de sécurité (€)

€ 307,36

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.536,83

L.2.3 Prothèse de remplacement du cortex osseux

Date dernière modification : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 € 4.952,50

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 4.952,50

Conditions de remboursement : L-§09,L-§13

Date dernière modification : 1/10/2019

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 € 8.419,25

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 8.419,25

Conditions de remboursement : L-§09,L-§13

L.2.5 Divers

Date dernière modification : 1/10/2019

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 : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167753 - 167764

Clou élastique

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34201

Base de remboursement € 79,32

Marge de sécurité (%) 20,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 95,18

Marge de sécurité (€) € 15,86

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 79,32

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.1.2 Clou centromédullaire, verrouillable

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167775 - 167786

Clou huméral, centromédullaire verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34202		
<i>Base de remboursement</i>	€ 495,76	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 594,91	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 99,15	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 495,76

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167790 - 167801

Clou fémoral ou tibial, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34203		
<i>Base de remboursement</i>	€ 446,18	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 535,41	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 89,23	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 446,18

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167812 - 167823

Clou pour avant-bras, centromédullaire, verrouillable

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34204		
<i>Base de remboursement</i>	€ 371,81	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 446,17	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 74,36	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 371,81

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 644,48	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 773,37	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 128,89	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 644,48

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 822,95	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 987,54	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 164,59	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 822,95

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167871 - 167882

Vis-clou canulé verrouillable

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34207

Base de remboursement	€ 381,73	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 458,07	Marge de sécurité (€)	€ 76,34	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 381,73

L.3.1.3 Clou pour arthrodèse, centromédullaire verrouillable

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 793,20	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 951,84	Marge de sécurité (€)	€ 158,64	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 793,20

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 1.844,20	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 2.213,04	Marge de sécurité (€)	€ 368,84	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 1.844,20

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 570,11	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 684,13	Marge de sécurité (€)	€ 114,02	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 570,11

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.1.4 Clou centromédullaire pour allongement du membre

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

167974 - 167985

Clou assemblé centromédullaire télescopique (qui s'allonge lorsque l'os grandit)

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste Nom.

36701

Base de remboursement	€ 3.464,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 3.464,77

Date dernière modification : 1/10/2019

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	€ 5.552,43	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 5.552,43	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 5.552,43

Conditions de remboursement : L-§20

L.3.1.5 Vis de verrouillage pour clou centromédullaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 69,40	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 83,28	Marge de sécurité (€)	€ 13,88	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 69,40

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 138,81	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 166,57	Marge de sécurité (€)	€ 27,76	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 138,81

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.1.6 Eléments de fixation et accessoires pour clou centromédullaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

168055 - 168066 Endcap pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34216		
<i>Base de remboursement</i>	€ 57,51	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 69,01	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 11,50	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 57,51

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

168070 - 168081 Vis condyloire et écrou pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34217		
<i>Base de remboursement</i>	€ 178,47	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 214,16	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 35,69	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 178,47

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

168092 - 168103 Washer pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34218		
<i>Base de remboursement</i>	€ 49,57	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 59,48	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 9,91	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 49,57

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

168114 - 168125 Vis de compression pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34219		
<i>Base de remboursement</i>	€ 64,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 77,34	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 12,89	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 64,45

Date dernière modification : 1/04/2018

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 57,51	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 69,01	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 11,50	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 57,51

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.2 Lame plaque

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

168151 - 168162 Lame plaque non-canulée

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34301		
<i>Base de remboursement</i>	€ 242,92	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 291,50	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 48,58	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 242,92

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

168173 - 168184 Lame plaque canulée

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste Nom.	34302		
<i>Base de remboursement</i>	€ 242,92	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 291,50	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 48,58	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 242,92

L.3.3 Vis, agrafe et broche

L.3.3.1 Vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/04/2018

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 26,77	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 26,77

Date dernière modification : 1/04/2018

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 36,69	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 36,69

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 36,69	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 36,69

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 26,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 26,77

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 99,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 99,15

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 99,15	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 99,15

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 118,98

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 118,98

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 138,81

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 138,81

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 138,67

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 138,67

L.3.3.2 Accessoires pour vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 26,77

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 26,77

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 21,81

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 21,81

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 11,90

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 11,90

L.3.3.3 Agrafe

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 69,40

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 69,40

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 128,89

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 128,89

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.3.4 Broche utilisée en tant qu'implant

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 15,87 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 15,87

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 : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 475,93 Marge de sécurité (€) € 79,32 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 396,61

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.4.2 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 520,54

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 624,64

Marge de sécurité (€)

€ 104,10

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 520,54

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 520,54

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 624,64

Marge de sécurité (€)

€ 104,10

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 520,54

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 396,61

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 475,93

Marge de sécurité (€)

€ 79,32

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 396,61

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 475,93

Marge de sécurité (€)

€ 79,32

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 396,61

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 396,61

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 475,93

Marge de sécurité (€)

€ 79,32

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 396,61

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 475,93

Marge de sécurité (€)

€ 79,32

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 396,61

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 475,93

Marge de sécurité (€)

€ 79,32

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 520,54

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 624,64

Marge de sécurité (€)

€ 104,10

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 520,54

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 520,54

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 624,64

Marge de sécurité (€)

€ 104,10

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 520,54

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 441,22

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 529,46

Marge de sécurité (€)

€ 88,24

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 441,22

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 441,22

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 529,46

Marge de sécurité (€)

€ 88,24

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 441,22

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 396,61

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 475,93

Marge de sécurité (€)

€ 79,32

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 396,61

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 441,22 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 529,46 Marge de sécurité (€) € 88,24 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 441,22

L.3.4.3 Plaque d'ostéosynthèse à localisation anatomique

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 158,64 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 190,36 Marge de sécurité (€) € 31,72 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 158,64

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 520,54 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 624,64 Marge de sécurité (€) € 104,10 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 520,54

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 520,54 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 624,64 Marge de sécurité (€) € 104,10 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 520,54

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

168991 - 169002

Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour apophyse coronoïde

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34329

Base de remboursement € 520,54 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 624,64 *Marge de sécurité (€)* € 104,10 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 520,54

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 892,35 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.070,82 *Marge de sécurité (€)* € 178,47 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 892,35

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 158,64 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 190,36 *Marge de sécurité (€)* € 31,72 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 158,64

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 991,51 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.189,81 *Marge de sécurité (€)* € 198,30 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 991,51

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 892,35 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.070,82 *Marge de sécurité (€)* € 178,47 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 892,35

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 307,36	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 368,83	Marge de sécurité (€)	€ 61,47	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 307,36

L.3.4.4 Plaque d'ostéosynthèse non préformée

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 143,77	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 143,77

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 193,35	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 193,35

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 79,32	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 79,32

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,72	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 148,72

L.3.4.5 Plaque périprothétique

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 743,63	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 892,35	Marge de sécurité (€)	€ 148,72	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 743,63

Conditions de remboursement : L-§21

L.3.5 Système de plaque à compression dynamique

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 347,03	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 416,43	Marge de sécurité (€)	€ 69,40	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 347,03

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 297,45	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 356,94	Marge de sécurité (€)	€ 59,49	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 297,45

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 297,45

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 356,94

Marge de sécurité (€)

€ 59,49

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 297,45

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 247,87

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 297,44

Marge de sécurité (€)

€ 49,57

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 247,87

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 421,39

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 505,66

Marge de sécurité (€)

€ 84,27

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 421,39

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 19,83

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 23,79

Marge de sécurité (€)

€ 3,96

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 19,83

Date dernière modification : 1/04/2018

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

€ 148,72

Marge de sécurité (%)

40,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 208,20

Marge de sécurité (€)

€ 59,48

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 148,72

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

169352 - 169363

Ancre cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou ancre condyloire pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34343

Base de remboursement

€ 138,81

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 166,57

Marge de sécurité (€)

€ 27,76

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 138,81

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

169374 - 169385

Vis cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou vis condyloire pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34344

Base de remboursement

€ 138,81

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 166,57

Marge de sécurité (€)

€ 27,76

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 138,81

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

169396 - 169400

Lame hélicoïdale cervicale à impacter pour DHS (Dynamic Hip System) ou lame hélicoïdale condyloire à impacter pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

34345

Base de remboursement

€ 247,87

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 297,44

Marge de sécurité (€)

€ 49,57

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 247,87

Date dernière modification : 1/01/2019

Date première publication :
1/01/2019

180552 - 180563

Lame cervicale à impacter pour DHS (Dynamic Hip System), y compris la vis anti-rotation

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste Nom.

37001

Base de remboursement

€ 247,87

Marge de sécurité (%)

20,00%

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix maximum

€ 297,44

Marge de sécurité (€)

€ 49,57

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 247,87

L. Orthopédie et traumatologie

L.4 Arthroscopie

L.4.2 Matériel de consommation

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 148,39 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 81,61

Montant du remboursement € 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 148,39 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 81,61

Montant du remboursement € 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 148,39 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 81,61

Montant du remboursement € 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 148,39 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 55,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 81,61

Montant du remboursement € 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61	
					Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61	
					Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61	
					Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61	
					Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61
				Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61
				Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61
				Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61
				Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61	
					Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61	
					Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 148,39	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	55,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 81,61	
					Montant du remboursement	€ 66,78

Conditions de remboursement : L-§22

L.5 Fixateurs externes

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 272,66	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 272,66

Conditions de remboursement : L-§23

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 6,94

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 6,94

Conditions de remboursement : L-§23

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 36,69

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 36,69

Conditions de remboursement : L-§23

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 3.832,93

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : L-§24

Date dernière modification : 1/10/2019

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

€ 879,07

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : L-§24

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 475,44	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	L-§24				

Date dernière modification : 1/10/2019

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		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 254,34	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
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 : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

169971 - 169982

Plaque jusqu'à dix trous - non résorbable

Catégorie de remboursement :	I.D.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 74,37	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 74,37

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

169993 - 170004

Plaque d'onze à vingt trous - non résorbable

Catégorie de remboursement :	I.D.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 89,23	<i>Marge de sécurité (%)</i>	/	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 89,23

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 109,06

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 109,06

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 24,79

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 24,79

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 7,93

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 7,93

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 2,97

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 2,97

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 19,83

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 19,83

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 19,83	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 19,83

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 31,73	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 31,73

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

170155 - 170166

Washer

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 5,95	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 5,95

L.6.2 Plaques et vis pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire en matériel résorbable

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

170170 - 170181

Plaque jusqu'à dix trous - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 128,89	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 128,89

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

170192 - 170203

Plaque d'onze à vingt trous - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 198,30	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
Montant du remboursement					€ 198,30

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

170214 - 170225

Plaque de plus de vingt trous - résorbable

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement € 233,01

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 233,01

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 24,79

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 24,79

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 11,90

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 11,90

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 6,94

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 6,94

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

170295 - 170306

Vis en matériel résorbable

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement € 34,71

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum /

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 34,71

L. Orthopédie et traumatologie

L.6.3 Plaques pour la reconstruction des parties spécifiques du visage et/ou mâchoire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

170310 - 170321 Plaque pour orbite - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 396,61	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 396,61

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :
1/07/2014

170332 - 170343 Plaque pour orbite - résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement	€ 168,55	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 168,55

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 297,45	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 297,45

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 356,95	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 356,95

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 813,03	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 813,03

L. Orthopédie et traumatologie

L.7 Substituts osseux

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 198,30 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 237,96 *Marge de sécurité (€)* € 39,66 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 198,30

Conditions de remboursement : L-\$25

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 118,98 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 142,77 *Marge de sécurité (€)* € 23,79 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 118,98

Conditions de remboursement : L-\$25

Date dernière modification : 1/04/2018

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 € 198,30 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 237,96 *Marge de sécurité (€)* € 39,66 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 198,30

Conditions de remboursement : L-\$25

L.8 Divers

Date dernière modification : 1/06/2018

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 € 32,72 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 35,99 *Marge de sécurité (€)* € 3,27 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 32,72

Conditions de remboursement : L-\$26

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 19,83	Marge de sécurité (%)	100,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 39,66	Marge de sécurité (€)	€ 19,83	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 19,83

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 33,71	Marge de sécurité (%)	10,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 37,08	Marge de sécurité (€)	€ 3,37	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 33,71

Conditions de remboursement : L-§27

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 99,15	Marge de sécurité (%)	45,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix maximum	€ 143,76	Marge de sécurité (€)	€ 44,61	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 99,15

Conditions de remboursement : L-§27

L.9 Implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/07/2014

169411 - 169422

Ancre, seule ou dans un kit

Catégorie de remboursement :

I.D.h

Base de remboursement	€ 205,00	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 30,75	
					Montant du remboursement	€ 174,25

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/05/2015

170855 - 170866

Ancre pour fixation de déchirures du ménisque utilisée lors de la prestation 277653-277664 ou 300414-300425 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.h

Base de remboursement	€ 196,34	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	15,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 29,45	
					Montant du remboursement	€ 166,89

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/07/2014

169455 - 169466

Système d'interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel

Catégorie de remboursement : I.D.c

Base de remboursement	€ 218,17	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	45,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 98,17	
					Montant du remboursement	€ 120,00

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/08/2020

180935 - 180946

Système d'ancrage ou à visser pour réparation fonctionnelle des ligaments et tendons (à l'exception des implants pour la plastie d'un ou des ligaments croisés du genou, systèmes d'interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel, ancras et agrafes), pour l'ensemble des composants, par point de fixation

Catégorie de remboursement : I.E.j

Liste Nom. 38201

Base de remboursement	€ 254,13	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	30,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 76,23	
					Montant du remboursement	€ 177,90

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/08/2020

180891 - 180902

Ensemble d'implants pour la plastie du ligament croisé antérieur du genou, utilisé lors de la prestation 277351-277362 ou 294114-294125 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.c

Base de remboursement	€ 518,45	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	45,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 233,30	
					Montant du remboursement	€ 285,15

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :
1/08/2020

180913 - 180924

Ensemble d'implants pour la plastie du ligament croisé postérieur du genou, utilisé lors de la prestation 277351-277362 ou 294114-294125 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

I.D.c

Base de remboursement	€ 726,43	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	45,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 326,89	
					Montant du remboursement	€ 399,54

L.10 Guide pour ostéotomie

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 792,40	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 792,40

Conditions de remboursement : L-§28

Date dernière modification : 1/04/2018

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	€ 792,40	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%)	0,00%	
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€)	€ 0,00	
					Montant du remboursement	€ 792.40

Conditions de remboursement : L-§28

L.11 Implant d'ancrage pour prothèse externe

Date dernière modification : 1/08/2020

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	€ 8.205,30	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 8.205,30	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 8.205,30

Conditions de remboursement : L-§29

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2020

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

€ 8.205,30

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 8.205,30

Marge de sécurité (€) € 0,00

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 8.205,30

Conditions de remboursement : L-§29

Date dernière modification : 1/08/2020

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

€ 13.949,21

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 13.949,21

Marge de sécurité (€) € 0,00

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 13.949,21

Conditions de remboursement : L-§29

Date dernière modification : 1/08/2020

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

€ 13.949,21

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 13.949,21

Marge de sécurité (€) € 0,00

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 13.949,21

Conditions de remboursement : L-§29

Date dernière modification : 1/08/2020

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

€ 8.205,30

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 8.205,30

Marge de sécurité (€) € 0,00

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 8.205,30

Conditions de remboursement : L-§29

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2020

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	€ 8.205,30	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 8.205,30	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 8.205,30

Conditions de remboursement : L-§29

Date dernière modification : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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 : 1/08/2020

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	€ 13.949,21	Marge de sécurité (%)	0,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 13.949,21	Marge de sécurité (€)	€ 0,00	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 13.949,21

Conditions de remboursement : L-§29

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2020

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 € 13.949,21 *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 13.949,21 *Marge de sécurité (€)* € 0,00 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 13.949,21

Conditions de remboursement : L-§29

Date dernière modification : 1/10/2019

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 : 1/10/2019

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-501

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

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 conservatrice, 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 démontrer 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 démontrer 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

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

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

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

Prestations liées

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

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

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

3.1. Définition

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

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

165874	165885
165896	165900
165911	165922
165933	165944
165955	165966
165970	165981
166036	166040
166073	166084
166095	166106
166110	166121
166132	166143
166154	166165
166176	166180
166191	166202
166213	166224
166235	166246
166250	166261
166272	166283
166294	166305
166316	166320
166331	166342
166353	166364
166375	166386
166390	166401
166412	166423
166434	166445
166471	166482
166530	166541
166552	166563
166596	166600
166655	166666
166670	166681
166692	166703
166714	166725
166736	166740
166751	166762
166773	166784
166795	166806
166810	166821
166832	166843
166854	166865

166876	166880
166891	166902
166913	166924
166935	166946
166950	166961
166972	166983
166994	167005
167016	167020
167031	167042
167053	167064
167075	167086
167090	167101
167112	167123
167134	167145
167156	167160
167171	167182
167193	167204
167215	167226
167230	167241
167694	167705
167716	167720
167731	167742
170796	170800
171113	171124
171135	171146
171150	171161
172535	172546
172550	172561
183035	183046
183050	183061
183072	183083
183094	183105
183116	183120
183131	183142
183153	183164
183175	183186
183190	183201
183212	183223
183234	183245
183256	183260
183271	183282
183293	183304
183315	183326

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

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

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 183094-183105 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il n'y a pas d'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de hanche. Le ciment éventuel est inclus dans le remboursement des prestations couvrant les prothèses de hanche.

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

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

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

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 révalidation
- 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 révalidation

- 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 rééducation.

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

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086 et 181090-181101 ne peut être accordée qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service des soins de santé endéans les trente jours après l'implantation. Cette demande de numéro d'ordre 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.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que les formulaires L-Form-I-10 (reprenant les caractéristiques de référence), L-Form-I-12 (reprenant les données sur la qualité de vie) et, le cas échéant, L-Form-I-13 (reprenant les caractéristiques de la prothèse externe à fût si le bénéficiaire en utilisait une) aient été complétés via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement des données 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 documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire, 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.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que les formulaires L-Form-I-11 (reprenant les caractéristiques du remplacement), le cas échéant le formulaire L-Form-I-12 (reprenant les données sur la qualité de vie si celle-ci à été mesurée), le cas échéant le formulaire L-Form-I-13 (reprenant les caractéristiques de la prothèse externe si celle-ci à été changée lors de la révision) aient été complétés via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement des données 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 documents mentionnés sous le point 4.1 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 remplacement prématuré peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs sur la base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

Les formulaires mentionnés sous le point 4.2 doivent être complétés via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement des données ainsi que les modalités de transmission de ces données à Healthdata, aux établissements hospitaliers implantateurs, aux établissements de revalidation et à la Commission, sont établies par Healthdata et le Service des soins de santé.

Les documents mentionnés sous le point 4.1 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

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 primo-implantation est limité à 10 par an.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Les établissements hospitaliers implantateurs 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

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

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au resurfaçage, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 183072-183083 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :

Le chirurgien implanteur a un haut niveau de compétence, notamment pour optimiser la position du cotyle.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 183072-183083 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Le bénéficiaire a moins de 55 ans
- La tête fémorale a un diamètre supérieur à 50 mm

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.

M. Autre

M.1 Diabète

M.1.1 Capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174370 - 174381 Premier capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :	I.G.a	Liste Nom.	37201	
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix plafond	€ 1.002,80	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : M-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174392 - 174403 Capteur implantable de remplacement pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement :	I.G.a	Liste Nom.	37201	
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix plafond	€ 1.002,80	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : M-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174414 - 174425 Capteur implantable de remplacement pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, y compris les accessoires, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :	I.G.a	Liste Nom.	37301	
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 : M-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174436 - 174440 Premier transmetteur pour capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel

Catégorie de remboursement :	I.G.a	Liste Nom.	37401	
Base de remboursement	Liste Nom.	Marge de sécurité (%)	/	Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix plafond	€ 600,00	Marge de sécurité (€)	/	Intervention personnelle (€) € 0,00
				Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : M-§01

M. Autre

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174451 - 174462

Transmetteur de remplacement pour capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel

Catégorie de remboursement :

I.G.a

Liste Nom.

37401

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 600,00

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

M-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174473 - 174484

Transmetteur de remplacement pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, en cas de remplacement anticipé

Catégorie de remboursement :

I.G.a

Liste Nom.

37501

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 :

M-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174495 - 174506

Premier capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, y compris les accessoires, après le dépassement du nombre total de 400 prestations 174370-174381 accordées

Catégorie de remboursement :

I.G.a

Liste Nom.

37201

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1.002,80

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

M-§01

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :
1/10/2019

174510 - 174521

Premier transmetteur pour capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, après le dépassement du nombre total de 400 prestations 174370-174381 accordées

Catégorie de remboursement :

I.G.a

Liste Nom.

37401

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 600,00

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

M-§01

Conditions de remboursement

M-§01	
Prestations liées	
174370	174381
174392	174403
174414	174425
174436	174440
174451	174462
174473	174484
174495	174506
174510	174521

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, 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 un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court jusqu'à ce que 400 bénéficiaires aient été implantés ou au plus tard jusqu'au 30/09/2024 (date de début + 5 ans). A l'issue de cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 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 M-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. Critères pour l'établissement hospitalier

Seuls les établissements hospitaliers ayant signé la convention relative au monitoring continu de la glycémie chez le patient diabétique (7869), à la date d'entrée en vigueur de la convention M-ACL-001, peuvent adhérer à cette convention.

2.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier qui répond aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur la base du formulaire M-Form-II-1. Le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste des établissements hospitaliers.

3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

3.1. Le bénéficiaire souffre d'un diabète de type 1 ;

et

Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation ;

et

Le bénéficiaire ne peut pas appliquer et utiliser lui-même un capteur transdermique de mesure du taux de glucose dans le liquide interstitiel en raison d'un handicap physique ;

ou

3.2. Le bénéficiaire souffre d'un diabète de type 1 ;

et

Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation ;

et

Le bénéficiaire ne peut pas être traité de manière adéquate par la méthode de la « piqûre au doigt » ou au moyen d'un capteur transdermique non adapté pour la mesure en continu du taux de glucose;

et

Le bénéficiaire doit spécifiquement et uniquement utiliser le capteur implantable en mode « real time » pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel ;

et

Le bénéficiaire doit présenter un grand risque de faire des hyper- et/ou des hypoglycémies sévères ;

et

Le bénéficiaire a par le passé fait des hyper- et/ou des hypoglycémies sévères et l'historique de ces événements est documenté ;

et

Le bénéficiaire souffre d'une dermatite de contact allergique sévère démontrée et confirmée par un dermatologue lors de l'utilisation de capteurs transdermiques de mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel ;

et

Un dermatologue doit avoir confirmé qu'aucun traitement topique n'est efficace pour traiter cette dermatite de contact allergique sévère ;

et

Aucun autre capteur transdermique de mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel n'est utilisable chez le patient.

Les documents démontrant qu'il est satisfait aux conditions mentionnées ci-dessus doivent être conservées dans le dossier du bénéficiaire.

4. Critères concernant le dispositif

Les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

4.1. Définition

Le système est composé d'un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel qui communique avec une application mobile via un transmetteur.

Les accessoires doivent comprendre au minimum pour l'entière durée d'utilisation du capteur :

- a. les adhésifs pour la fixation du transmetteur ;
- b. le matériel pour la calibration du capteur :
 - un glucomètre ;
 - un piqueur ;
 - une réserve suffisante de tigettes et lancettes ;
- c. une application mobile.

Le transmetteur amovible se porte au-dessus du capteur. Il active le capteur implantable. Le transmetteur envoie les valeurs du taux de glucose à l'application mobile sur le smartphone du bénéficiaire. Le transmetteur contient une pile rechargeable et peut être utilisé pendant un an minimum.

4.2. Critères

Un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- Le capteur implantable doit pouvoir fonctionner au moins cent-cinquante jours ;
- L'exactitude de la mesure du glucose interstitiel est évaluée par la méthode MARD et la « MARD » (Mean Absolute Relative Difference) doit être $\leq 11.6\%$;
- Le dispositif doit avoir été évalué pour son efficacité et sa sécurité d'utilisation au cours d'une étude clinique prospective multicentrique.

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

4.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 174370-174381, 174392-174403 et 174414-174425, une garantie totale de cent-cinquante jours doit être donnée pour le capteur implantable.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 174436-174440, 174451-174462 et 174473-174484, une garantie totale de trois cents soixante-cinq jours doit être donnée pour le transmetteur.

5. Nombre de bénéficiaires

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous les prestations 174370-174381 et 174436-174440 est limité à 400 pour toute la durée de cette convention.

Si le Service constate que le nombre de bénéficiaires a atteint le nombre d'interventions accordées, il en informe les organismes assureurs et les établissements hospitaliers qui ont adhéré.

Dès que le nombre de bénéficiaires dépasse le nombre accordé, les prestations 174495-174506 et 174510-174521 doivent être attestées pour chaque intervention additionnelle en attendant la décision du Ministre concernant le règlement final qui lui aura été soumis par la Commission comme prévu au point 9.3.

Durant cette période, le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous les prestations 174495-174506 et 174510-174521 est limité à 60 par année.

6. Procédure de demande et formulaires

6.1 Première implantation

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174370-174381, 174436-174440, 174495-174506 et 174510-174521 ne peut être accordée que selon les modalités suivantes :

6.1.1. L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174370-174381 et 174436-174440 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement M-Form-I-1 ait été complété valablement via l'application en ligne endéans les trente jours après implantation.

Le Service tient un compteur national pour toute la durée de la convention et jusqu'à ce qu'un règlement final ait été approuvé par le Ministre.

6.1.2. Si le nombre maximal de 400 bénéficiaires est atteint, les prestations 174495-174506 et 174510-174521 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire selon les modalités prévues au point 6.1.1.

Les modalités du compteur, de l'enregistrement et de validation des données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à Healthdata, aux établissements hospitaliers qui ont adhéré et à la Commission sont établies par Healthdata, la Commission et le Service des Soins de Santé.

6.2. Remplacement

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174392-174403 et 174451-174462 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement M-Form-I-2 ait été complété valablement via l'application en ligne endéans les trente jours après implantation.

6.3 Remplacement anticipé

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174414-174425 et 174473-174484 pour un remplacement prématuré, c'est-à-dire avant le délai de cent-cinquante jours pour le capteur implantable et de trois cents soixante-cinq jours pour le transmetteur, peut être accordée selon les modalités prévues au point 6.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

6.4 Suivi de traitement après implantation

Le bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174370-174381 et 174436-174440 ou 174495-174506 et 174510-174521 depuis l'entrée en vigueur de la convention doit être suivi au moins une fois par an.

Le suivi du traitement du bénéficiaire est enregistré au moyen du formulaire M-Form-I-3 via l'application en ligne.

6.5 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, une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement des capteurs et accessoires peut être accordé. Pour ce faire, les prestations 174370-174381 et 174436-174440 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire selon les modalités prévues au point 6.1.1.

7. Règles d'attestation

7.1 Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 ou 174510-174521 exclut, pendant la période totale de traitement avec capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 788771, 788815, 788852, 788756, 788793, 788830, 788874, 788896, 788911, 788933, 788955, 786015, 786030 ou 786100 et inversement.

7.2. Autres règles

Les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174436-174440, 174451-174462, 174495-174506 et 174510-174521 suivent les modalités de remboursement de la catégorie A.

Les prestations 174414-174425 et 174473-174484 suivent les modalités de remboursement de la catégorie E.

Pour la durée de la convention, les prestations 174370-174381, 174436-174440, 174495-174506 et 174510-174521 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par bénéficiaire.

En adhérant à la convention, l'établissement hospitalier s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coûts d'un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel qui n'est pas repris sur la liste nominative.

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 lors des remplacements ou au minimum une fois par an dans le cadre de la présente convention.

Les paramètres à enregistrer 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.

Un décès, une hospitalisation pour des problèmes de glycémie ou des complications dues au dispositif et survenant en-dehors des moments de suivi prévus doivent également être repris dans l'application en ligne au moyen du formulaire M-Form-I-3 et dans le dossier médical du bénéficiaire.

Lorsque le Service ou la Commission constate dans le rapport intermédiaire ou à un autre moment que, pour un établissement hospitalier adhérent, plus de 20% des suivis sont manquants ou incomplets, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement.

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 avec cet établissement hospitalier est résiliée d'office. Le Service en informe la Commission et le Comité de l'Assurance.

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 les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 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, la convention avec cet établissement hospitalier est résiliée d'office. Le Service en informe la Commission et le Comité de l'Assurance.

8.2. Communication de toute modification

Pendant tout la durée de la convention, les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui induisent qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 2, sont communiquées spontanément par l'établissement hospitalier qui a adhéré 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@riziv-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 les établissements hospitaliers qui ont adhéré 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

Lorsque deux cents bénéficiaires auront été implantés ou au plus tard deux ans après le début de cette convention, avant le 30/09/2021 (date de début + 2 ans), les établissements hospitaliers - adhérents présentent un rapport écrit intermédiaire à la Commission basé sur les données collectées.

Le rapport comprend au minimum les données suivantes :

- 1) nombre de patients traités sous les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521, par établissement hospitalier qui a adhéré à la convention ;
- 2) paramètres lors du suivi ou lors des remplacements des capteurs :
 - événements indésirables liés au système ;
 - durée de vie du capteur ;
- 3) pourcentage de bénéficiaires ayant arrêté le traitement avec le capteur implantable et les raisons ;
- 4) le nombre de remplacements anticipés de capteurs implantables et de transmetteurs et les raisons ;

Si ce rapport intermédiaire n'est pas communiqué à la date précitée ou trois mois après que 200 bénéficiaires aient été implantés, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut décider d'arrêter le remboursement du dispositif.

9.3. Analyse - Rapport final

Lorsque 400 bénéficiaires auront été implantés ou au plus tard le 31/03/2024 (date de fin moins 6 mois), les établissements hospitaliers qui ont adhéré doivent 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. Les patients utilisant un capteur implantable présentent-ils des résultats similaires à ceux des patients utilisant d'autres capteurs transdermiques de mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, en termes de :

- HbA1c ;
- temps passé en hypoglycémie, dans le range cible de glycémie et en hyperglycémie ;
- hospitalisation en raison d'hypoglycémie/d'acidocétose ;
- absentéisme au travail ;
- amélioration de la qualité de vie ;
- coûts directs et indirects.

Les résultats de l'étude RESCUE peuvent servir de comparatif pour l'analyse de ces résultats.

2. Les patients utilisant un capteur implantable ont-ils développé une allergie à l'adhésif destiné à maintenir le transmetteur au dessus du capteur ?

- Si oui, cette allergie a-t-elle nécessité l'arrêt de l'utilisation de ce capteur ?
- Quelle alternative de mesure de la glycémie a-t-elle été proposée à ces patients ?

3. Chez les patients, quel est l'impact sur le long terme des multiples implantations et explantations du capteur ?

4. Quelles autres complications ont eu un impact sur la poursuite du traitement à long terme ?

5. Quel est le rapport coût-efficacité de ce dispositif ?

Ce rapport final doit contenir au moins les éléments suivants :

1) Une revue systématique de la littérature au sujet du capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, accompagnée 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 six mois avant la date de remise du rapport final.

2) Une analyse de la population des patients dans le registre, portant au moins sur :

- a) Les données démographiques ;
- b) Les données liées à la procédure ;
- c) Les similarités et différences entre les établissements hospitaliers concernant la sélection des patients;
- d) Le nombre d'implantations par établissement hospitalier ;
- e) Une 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 raisons d'un arrêt éventuel de l'utilisation du capteur implantable ;
- b. L'apparition de divers effets secondaires majeurs après l'implantation et 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 une année avant la première implantation, pour la première implantation (consultation, tests diagnostiques et l'implantation) et pour chaque année complète suivant la première implantation. Les frais suivants sont analysés :

- a) Coûts de la procédure d'implantation, de la procédure d'explantation et de la procédure de remplacement ;
- b) Coût de la prise en charge des complications lors des implantations ou des l'explantations et des complications post-implantation ;
- c) Coût des hospitalisations en raisons de problèmes de glycémie ;
- d) Une discussion de cette analyse.

5) Une proposition détaillée relative aux indications pouvant être inscrites dans les conditions de remboursement. Chacune des indications proposées doit être motivée sur la base de la revue de 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 du rapport final (une analyse rétrospective des frais médicaux directs) pour au plus tard six mois avant le rapport final ou trois mois après que 400 bénéficiaires aient été implantés afin que les établissements hospitaliers qui ont adhéré puissent effectuer l'analyse des coûts.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus ou six mois après que 400 bénéficiaires aient été implantés, 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 01/10/2019 et est valable jusqu'à ce que 400 bénéficiaires aient été implantés ou plus tard jusqu'au 30/09/2024 (date de début + 5 ans) 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.

La convention 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.