

BELGISCH STAATSBLAD

MONITEUR BELGE

Publicatie overeenkomstig artikelen 472 tot 478 van de programmawet van 24 december 2002, gewijzigd door de artikelen 4 tot en met 8 van de wet houdende diverse bepalingen van 20 juli 2005.

Dit *Belgisch Staatsblad* kan geconsulteerd worden op :
www.staatsblad.be

Bestuur van het Belgisch Staatsblad, Antwerpsesteenweg 53, 1000 Brussel - Directeur : Wilfried Verrezen

Gratis tel. nummer : 0800-98 809

184e JAARGANG



N. 188

Publication conforme aux articles 472 à 478 de la loi-programme du 24 décembre 2002, modifiés par les articles 4 à 8 de la loi portant des dispositions diverses du 20 juillet 2005.

Le *Moniteur belge* peut être consulté à l'adresse :
www.moniteur.be

Direction du Moniteur belge, chaussée d'Anvers 53, 1000 Bruxelles - Directeur : Wilfried Verrezen

Numéro tél. gratuit : 0800-98 809

184e ANNEE

DINSDAG 1 JULI 2014
TWEDE EDITIE

MARDI 1^{er} JUILLET 2014
DEUXIEME EDITION

INHOUD

Wetten, decreten, ordonnanties en verordeningen

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

25 JUNI 2014. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, bl. 49018.

26 JUNI 2014. — Ministerieel besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, bl. 50731.

Andere besluiten

Gemeenschaps- en Gewestregeringen

Vlaamse Gemeenschap

Vlaamse overheid

Mobiliteit en Openbare Werken

13 JANUARI 2010. — Waterwegen en Zeekanaal NV. — Besluit van de Raad van Bestuur betreffende de delegatie van bevoegdheden aangaande de vertegenwoordiging. Gecoördineerde versie, bl. 50743.

SOMMAIRE

Lois, décrets, ordonnances et règlements

Service public fédéral Sécurité sociale

25 JUIN 2014. — Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, p. 49018.

26 JUIN 2014. — Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, p. 50731.

WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2014/22305]

25 JUNI 2014. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 9 ter, ingevoegd bij de wet van 19 maart 2013 en artikelen 35septies/1, 35septies/2, 35septies/3, 35septies/4, 35septies/5 en 35septies/6 en artikel 75bis, ingevoegd bij de wet van 15 december 2013;

Gelet op de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, artikel 58;

Gelet op de wet van 27 december 2006 houdende diverse bepalingen (I), artikel 267;

Gelet op de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen, artikelen 23, 25 en 26;

Gelet op het koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toegetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 pct., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft;

Gelet de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het koninklijk besluit van 18 januari 1999 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Technische Raad voor implantaten ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op het koninklijk besluit van 1 maart 2009 tot uitvoering van artikel 35septies, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de notificatie van de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik;

Gelet op het advies van de Technische raad voor implantaten, gegeven op 5 december 2013;

Gelet op het advies van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen, gegeven op 19 december 2013;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 8 januari 2014;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 13 januari 2014;

Gelet op het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, gegeven op 2 april 2014;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 3 maart 2014;

Gelet op het akkoord van de Minister van Begroting, gegeven op 4 april 2014;

Gelet op de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikels 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2014/22305]

25 JUIN 2014. — Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 9ter inséré par la loi du 19 mars 2013 et les articles 35septies/1, 35septies/2, 35septies/3, 35septies/4, 35septies/5, 35septies/6 et 75bis, insérés par la loi du 15 décembre 2013;

Vu la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, article 58;

Vu la loi du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses (I), article 267;

Vu la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux, articles 23, 25 et 26;

Vu l'arrêté royal du 8 juin 1967 fixant le taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectués par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées;

Vu l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu l'arrêté royal du 18 janvier 1999 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des implants institué auprès du Service des Soins de santé de l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité;

Vu l'arrêté royal du 1^{er} mars 2009 portant exécution de l'article 35septies, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant la notification d'implants et de dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme;

Vu l'avis du Conseil technique des Implants, donné le 5 décembre 2013;

Vu l'avis de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, donné le 19 décembre 2013;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 8 janvier 2014;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 13 janvier 2014;

Vu l'avis de la Commission de la Protection de la Vie privée, donné le 2 avril 2014;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 3 mars 2014;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 4 avril 2014;

Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative;

Gelet op de adviesaanvraag binnen dertig dagen, die op 5 mei 2014 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

TITEL I. — *Définities*

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1° “de wet” : de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° “koninklijk besluit van 3 juli 1996” : koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

3° “de Minister” : de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft;

4° “het Instituut” : het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

5° “de verzekering” : de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

6° “de nomenclatuur” : de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zoals bedoeld in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

7° “de Commissie” : de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen bedoeld in artikel 29ter van de wet;

8° “het Verzekeringscomité” : het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

9° “de Dienst” : de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

10° “het secretariaat” : het secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen bedoeld in artikel 29ter van de wet;

11° “de gemachtigde ambtenaar” : de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging of een door hem aangeduid personeelslid van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

12° “het College van geneesheren-directeurs” : het College van geneesheren-directeurs zoals bedoeld in artikel 23 van de wet;

13° “de aanvrager” : de onderneming die een implantaat of een invasief medisch hulpmiddel in België in de handel brengt en die een aanvraag tot aanpassing van de lijst of van een nominatieve lijst indient door middel van een aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage bij dit besluit;

14° “de verdeler” : de onderneming bedoeld in 13° wordt ‘verdeler’ genoemd in die gevallen waar de aanvraag tot aanpassing van de lijst of van een nominatieve lijst niet van deze onderneming afkomstig is;

15° “de zorgverlener” : de zorgverleners zoals bedoeld in artikel 2, n), van de wet;

16° “de verstrekker van implantaten” : de verstrekker van implantaten zoals bedoeld in artikel 2, m), van de wet;

17° “hulpmiddel(en)” : de implantaten en de invasieve medische hulpmiddelen zoals bedoeld in artikel 34, eerste lid, 4°bis, van de wet;

18° “implantaten” : de implanteerbare medische hulpmiddelen, zoals bedoeld in artikel 34, eerste lid, 4°bis, a), van de wet;

19° “actieve implantaten” : de actieve implanteerbare medische hulpmiddelen, zoals bedoeld in artikel 34, eerste lid, 4°bis, a), eerste streepje, van de wet;

20° “invasieve medische hulpmiddelen” : de invasieve medische hulpmiddelen zoals bedoeld in artikel 34, eerste lid, 4°bis, b), van de wet;

Vu la demande d’avis dans un délai de 30 jours, adressée au Conseil d’Etat le 5 mai 2014, en application de l’article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d’Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l’absence de communication de l’avis dans ce délai;

Vu l’article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d’Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur proposition du Ministre des Affaires sociales et de l’avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

TITRE I^{er}. — *Définitions*

Article 1^{er}. Pour l’application du présent arrêté, on entend par :

1° “la loi” : la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° “l’arrêté royal du 3 juillet 1996” : l’arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

3° “le Ministre” : le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions;

4° “l’Institut” : l’Institut national d’assurance maladie-invalidité;

5° “l’assurance” : l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

6° “la nomenclature” : la nomenclature des prestations de santé telle que visée à l’annexe de l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

7° “la Commission” : la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs visée à l’article 29ter de la loi;

8° “le Comité de l’assurance” : le Comité de l’assurance soins de santé de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité;

9° “le Service” : le Service des soins de santé de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité;

10° “le secrétariat” : le secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs visée à l’article 29ter de la loi;

11° “le fonctionnaire délégué” : le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé ou un membre du personnel de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité désigné par lui;

12° “le Collège des médecins-directeurs” : le Collège des médecins-directeurs, visé à l’article 23 de la loi;

13° “le demandeur” : l’entreprise qui met un implant ou un dispositif médical invasif sur le marché belge et qui introduit une demande d’adaptation de la liste ou d’une liste nominative au moyen d’un formulaire dont le modèle est repris en annexe au présent arrêté ;

14° “le distributeur” : l’entreprise visée au 13° est appelée ‘distributeur’ dans les cas où la demande d’adaptation de la liste ou d’une liste nominative ne provient pas de cette entreprise;

15° “le dispensateur de soins” : les dispensateurs de soins visés à l’article 2, n), de la loi;

16° “le fournisseur d’implants” : le fournisseur d’implants visé à l’article 2, m), de la loi;

17° “dispositif(s)” : les implants et les dispositifs médicaux invasifs visés à l’article 34, alinéa 1^{er}, 4°bis, de la loi;

18° “implants” : les dispositifs médicaux implantables visés à l’article 34, alinéa 1^{er}, 4°bis, a), de la loi;

19° “implants actifs” : les dispositifs médicaux implantables actifs visés à l’article 34, alinéa 1^{er}, 4°bis, a), premier tiret, de la loi;

20° “dispositifs médicaux invasifs” : les dispositifs médicaux invasifs tels que visés à l’article 34, alinéa 1^{er}, 4°bis, b), de la loi;

21° “hulpmiddelen voor langdurig gebruik” : de invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik met uitzondering van deze bedoeld in 18°, zoals bedoeld, in bijlage IX van de Richtlijn 93/42/EEG van de Raad van 14 juni 1993, betreffende de medische hulpmiddelen;

22° “hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik” : de invasieve medische hulpmiddelen voor tijdelijk en kortdurend gebruik, zoals bedoeld in bijlage IX van de Richtlijn 93/42/EEG van de Raad van 14 juni 1993, betreffende de medische hulpmiddelen;

23° “hulpmiddel voor beperkte klinische toepassing” : elk hulpmiddel dat door de Commissie beschouwd wordt als een hulpmiddel dat ter beschikking van een zorgverlener gesteld wordt, om in een geschikt klinisch menselijk milieu gedurende een bepaalde evaluatieperiode en in voorkomend geval voor beperkte indicatie(s) te worden gebruikt;

24° “koninklijk besluit van 1 maart 2009” : het koninklijk besluit van 1 maart 2009 tot uitvoering van artikel 35septies, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de notificatie van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik;

25° “de lijst” : de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, bedoeld in artikel 35septies/1, § 1, van de wet en die bij dit besluit wordt gevoegd in bijlage 1;

26° “een nominatieve lijst” : een nominatieve lijst van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, gekoppeld aan een verstrekking uit de lijst, bij dit besluit gevoegd in bijlage 2. Een nominatieve lijst omvat de individuele hulpmiddelen van de aanvragers en de verdelers, met daarnaast, in voorkomend geval, de feitelijke gegevens van het hulpmiddel :

- a) de naam van het hulpmiddel;
- b) de identificatiecode van het hulpmiddel;
- c) de onderneming die het hulpmiddel op de Belgische markt brengt;
- d) de referentie gebruikt door de onderneming die het hulpmiddel op de Belgische markt brengt;
- e) de individuele prijs;
- f) de vergoedingsbasis;
- g) het supplement ten laste van de rechthebbende;
- h) het persoonlijk aandeel;
- i) de afleveringsmarge;
- j) de datum van de inwerkingtreding van de vergoeding;
- k) Bij wijze van informatie wordt bij de hulpmiddelen op een nominatieve lijst, per verstrekking ook de omschrijving ervan vermeld.

27° “verkoopprijs” : de verkoopprijs van het hulpmiddel, inclusief btw, gefactureerd door de aanvrager of de verdelers;

28° “individuele prijs” : de individuele prijs inclusief btw, van het hulpmiddel opgenomen op een nominatieve lijst die de maximale verkoopprijs van het hulpmiddel weergeeft;

29° “supplement” : het verschil tussen enerzijds de individuele prijs van het hulpmiddel, die niet hoger mag zijn dan de vergoedingsbasis vermeerderd met de veiligheidsgrens en anderzijds de vergoedingsbasis;

30° “therapeutische waarde” : het geheel van de waardering van alle voor de behandeling relevante eigenschappen van het hulpmiddel, waarbij de werkzaamheid, de doeltreffendheid, de ongewenste effecten, de toepasbaarheid en de gebruiksvriendelijkheid in aanmerking worden genomen, en die tezamen bepalend is voor de plaats van het hulpmiddel binnen de therapie in vergelijking met andere beschikbare hulpmiddelen en behandelingsmogelijkheden;

31° “meerwaarde” : een hulpmiddel beschikt over een meerwaarde indien het gebruik ervan tot een hogere therapeutische waarde leidt in vergelijking met de bestaande therapeutische alternatieven, en/of een gezondheidseconomisch voordeel biedt in vergelijking met de bestaande therapeutische alternatieven;

32° “vergoedingsmodaliteiten” : de modaliteiten waaraan voldaan moet zijn om van een vergoeding van de kosten van een hulpmiddel te kunnen genieten. De vergoedingsmodaliteiten zijn gekoppeld aan een verstrekking en omvatten in voorkomend geval :

- a) de vergoedingsbasis;
- b) de vergoedingscategorie en de vergoedingssubcategorie;
- c) de vergoedingsvoorwaarden

21° “dispositifs pour usage à long terme” : les dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme à l’exception de ceux visés au 18°, visés à l’annexe IX de la Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993, concernant les dispositifs médicaux;

22° “dispositifs autres que pour usage à long terme” : les dispositifs médicaux invasifs pour usage temporaire et à court terme, visés à l’annexe IX de la Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993, concernant les dispositifs médicaux;

23° “dispositif pour application clinique limitée” : tout dispositif considéré par la Commission comme un dispositif mis à la disposition d’un dispensateur de soins afin d’être utilisé dans un environnement humain clinique adéquat pendant une période d’évaluation déterminée et, le cas échéant, pour une ou des indications déterminées;

24° “arrêté royal du 1^{er} mars 2009” : l’arrêté royal du 1^{er} mars 2009 portant exécution de l’article 35septies, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant la notification d’implants et de dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme;

25° “la liste” : la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, visée à l’article 35septies/1, § 1^{er}, de la loi et qui est reprise à l’annexe 1^{re} du présent arrêté;

26° “une liste nominative” : une liste nominative des implants et des dispositifs médicaux invasifs, couplée à une prestation de la liste, et qui est reprise à l’annexe 2 du présent arrêté. Une liste nominative comporte les dispositifs individuels des demandeurs et des distributeurs ainsi que, selon le cas, les données factuelles relatives au dispositif :

- a) le nom du dispositif;
- b) le code d’identification du dispositif;
- c) l’entreprise qui met le dispositif sur le marché belge;
- d) la référence utilisée par l’entreprise qui met le dispositif sur le marché belge;
- e) le prix individuel;
- f) la base de remboursement;
- g) le supplément à charge du bénéficiaire;
- h) l’intervention personnelle;
- i) la marge de délivrance;
- j) la date d’entrée en vigueur du remboursement;
- k) A titre d’information est également mentionnée pour les dispositifs repris sur une liste nominative, par prestation, une description de cette dernière.

27° “prix de vente” : le prix de vente du dispositif, T.V.A. incluse, facturé par le demandeur ou le distributeur;

28° “prix individuel” : le prix individuel, T.V.A. incluse, du dispositif repris sur une liste nominative qui représente le prix de vente maximal du dispositif;

29° “supplément” : la différence entre d’une part le prix individuel du dispositif, qui ne peut excéder la base de remboursement augmentée de la marge de sécurité et d’autre part la base de remboursement;

30° “valeur thérapeutique” : l’ensemble de la pondération de toutes les propriétés pertinentes du dispositif pour le traitement au nombre desquelles l’efficacité, l’utilité, les effets indésirables, l’applicabilité et la facilité d’utilisation, et qui, ensemble, sont déterminantes pour la place du dispositif dans la thérapie par rapport à d’autres dispositifs et possibilités de traitement disponibles;

31° “plus-value” : un dispositif possède une plus-value si son utilisation offre une valeur thérapeutique supérieure par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes et/ou offre un avantage économique-sanitaire par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes;

32° “modalités de remboursement” : les modalités auxquelles il doit être satisfait pour entrer en ligne de compte pour une intervention de l’assurance dans le coût d’un dispositif. Les modalités de remboursement sont couplées à une prestation et comportent, selon le cas :

- a) la base de remboursement;
- b) la catégorie de remboursement et la sous-catégorie de remboursement;
- c) les conditions de remboursement

d) de wijze van tegemoetkoming - forfaitair of niet forfaitair -, opgenomen in een nominatieve lijst of niet;

e) de veiligheidsgrens;

f) de plafondprijs.

33° "vergoedingscategorie" : categorie van hulpmiddelen met gelijkwaardige vergoedingsmodaliteiten;

34° "vergoedingssubcategorie" : de subcategorie waarin een hulpmiddel wordt ondergebracht dat overeenstemt met de vergoedingsmodaliteiten bedoeld in het koninklijk besluit van 29 juni 2014 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van rechthebbenden in de kosten van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

35° "vergoedingsbasis" : de basis waarop het bedrag van de vergoeding door de verzekering wordt berekend;

36° "veiligheidsgrens" : een welbepaald percentage van de vergoedingsbasis;

37° "plafondprijs" : het bedrag inclusief btw dat kan worden vastgesteld bij het opstellen of het wijzigen van de lijst of een nominatieve lijst en dat de maximale verkoopprijs van een hulpmiddel bepaalt om voor vergoeding door de verzekering in aanmerking komen;

38° "vergoedingsvoorwaarden" : bestaan in voorkomend geval uit de volgende elementen :

a) de vergoedbare indicaties;

b) de leeftijdscategorie;

c) de noodzaak van diagnostische onderzoeken;

d) de voorwaarden in verband met andere al dan niet verstrekte of te verstrekken therapieën;

e) de medische kwalificatie van de zorgverlener;

f) de kwalificaties van de verplegingsinrichting of van het betrokken gespecialiseerd centrum;

g) het vereist zijn van de registratie van gegevens betreffende de verstrekking door de zorgverlener;

h) het al dan niet vereist zijn van een machtiging van de adviserend geneesheer;

i) de toelating van het College van geneesheren-directeurs;

j) de specifieke voorwaarden waaraan moet worden voldaan voor de aanpassing van een nominatieve lijst.

39° "forfaitaire vergoeding" : een vergoeding van de verzekering die als vast bedrag wordt uitgekeerd, ongeacht de verkoopprijs van het hulpmiddel;

40° "afleveringsmarge" : de afleveringsmarge zoals bedoeld in artikel 44, § 1, derde lid, van de wet;

41° "doeltreffendheid (effectiveness)" : een hulpmiddel is doeltreffend als uit onderzoek blijkt dat de toepassing ervan in de dagelijkse praktijk resulteert in het beoogde doel van de behandeling;

42° "werkzaamheid (efficacy)" : een hulpmiddel is werkzaam wanneer bij gebruik ervan in ideale omstandigheden en door een gekwalificeerd zorgverlener het beoogde therapeutische effect wordt bereikt;

43° "doelmatigheid (efficiency)" : de verhouding tussen de therapeutische waarde van een hulpmiddel en de netto economische weerslag ervan voor de verzekering;

44° "ongewenste effecten" : ongewenste effecten zijn die werkingen, die niet beoogd werden bij het ontwerpen van het hulpmiddel, en met mogelijk nadelige gevolgen voor de rechthebbende. Zij doen zich in principe onverwachts voor; in sommige gevallen is de kans waarmee zij zich voordoen gekend. Het onverwacht ontbreken van de beoogde werking kan eveneens als een ongewenst effect worden beschouwd;

45° "toepasbaarheid" : de mate waarin de eigenschappen van een hulpmiddel het gebruik bij verschillende groepen van rechthebbenden of door verschillende groepen van zorgverleners beperkt;

46° "gebruiksvriendelijkheid" : de wijze waarop een hulpmiddel zich onderscheidt van gelijkaardige hulpmiddelen door het beter comfort dat het biedt voor de rechthebbende en/of door het grotere gemak dat het biedt voor de zorgverlener;

47° "innovatieve technologie" : een medische technologie die voldoet aan één van onderstaande voorwaarden :

d) le mode de remboursement - forfaitaire ou non forfaitaire -, repris sur une liste nominative ou non;

e) la marge de sécurité;

f) le prix plafond.

33° "catégorie de remboursement" : catégorie de dispositifs ayant des modalités de remboursement similaires;

34° "sous-catégorie de remboursement" : la sous-catégorie dans laquelle un dispositif est classé qui correspond aux modalités de remboursement visées à l'arrêté royal du 29 juin 2014 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans les coûts des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

35° "base de remboursement" : la base sur laquelle le montant du remboursement par l'assurance est calculé;

36° "marge de sécurité" : un pourcentage déterminé de la base de remboursement;

37° "prix plafond" : le montant T.V.A. incluse qui peut être déterminé lors de l'établissement ou de la modification de la liste ou d'une liste nominative et qui détermine le prix de vente maximal d'un dispositif pour entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance;

38° "conditions de remboursement" : les conditions consistant, le cas échéant, en les éléments suivants :

a) les indications remboursables;

b) la catégorie d'âge;

c) la nécessité d'exams diagnostiques;

d) les conditions en relation avec d'autres thérapies dispensées ou à dispenser ou non;

e) la qualification médicale du dispensateur de soins;

f) les qualifications de l'établissement hospitalier ou du centre spécialisé concerné;

g) l'exigence de l'enregistrement de données relatives à la prestation par le dispensateur de soins;

h) l'exigence ou non d'une autorisation du médecin-conseil;

i) l'accord du Collège des médecins-directeurs;

j) les conditions spécifiques auxquelles il doit être satisfait pour l'adaptation d'une liste nominative.

39° "remboursement forfaitaire" : le remboursement par l'assurance d'un montant fixe, quel que soit le prix de vente du dispositif;

40° "marge de délivrance" : la marge de délivrance telle que visée à l'article 44, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi;

41° "efficacité de terrain (effectiveness)" : un dispositif est utile lorsqu'il apparaît à l'examen que son application dans la pratique quotidienne permet d'atteindre le but visé du traitement;

42° "efficacité (efficacy)" : un dispositif est efficace lorsqu'en cas d'utilisation du dispositif dans des circonstances idéales et par un dispensateur de soins qualifié, l'effet thérapeutique visé est atteint;

43° "efficacité (efficiency)" : le rapport entre la valeur thérapeutique d'un dispositif et son incidence économique nette pour l'assurance;

44° "effets indésirables" : effets non visés lors de la conception du dispositif susceptibles d'avoir des conséquences nuisibles pour le bénéficiaire. De tels effets sont en principe inattendus; dans certains cas, la probabilité qu'ils se produisent est connue. L'absence inattendue du résultat visé peut également être considérée comme un effet indésirable;

45° "applicabilité" : mesure dans laquelle les propriétés d'un dispositif en limitent l'utilisation auprès de différents groupes de bénéficiaires ou par différents groupes de dispensateurs de soins;

46° "facilité d'utilisation" : la manière dont un dispositif se distingue de produits similaires par le meilleur confort qu'il offre au bénéficiaire et/ou par la plus grande facilité qu'il offre au dispensateur de soins;

47° "technologie innovante" : une technologie médicale qui satisfait à une des conditions reprises ci-dessous :

a) zij laat toe diagnoses te stellen of aandoeningen te voorkomen of te behandelen waar dit tot dan niet mogelijk was met bestaande therapieën;

b) zij laat toe diagnoses te stellen, of aandoeningen te voorkomen of te behandelen op een objectief onderscheiden meer performante wijze in de uitvoering en/of in het bekomen van een beter korte en/of lange termijn resultaat, dan tot dan mogelijk was met bestaande therapeutische alternatieven.

48° “analyse van de beperkte klinische toepassing”: de analyse die de evaluatie bevat die werd uitgevoerd in overeenstemming met de vooropgestelde voorwaarden in de beslissing tot toekenning van een tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing. Deze analyse wordt door de Commissie geëvalueerd na de afloop van de duur van de beperkte klinische toepassing.

TITEL II. — Algemene Bepalingen

Art. 2. § 1. De verzekering komt enkel tegemoet in de kosten van de hulpmiddelen die opgenomen zijn in de lijst of in voorkomend geval in een nominatieve lijst, voor zover er is voldaan aan de vergoedingsmodaliteiten die deze lijsten bevatten en voor zover deze hulpmiddelen worden afgeleverd door een verstrekker van implantaten.

§ 2. De vergoeding van elk hulpmiddel bedoeld in § 1 is eveneens afhankelijk, met toepassing van artikel 9^{ter} van de wet, van de registratie door de zorgverlener in het met dat doel voorziene geautomatiseerde register, van de persoonsgegevens betreffende de gezondheid, waarvoor het RIZIV de verantwoordelijke is voor de verwerking.

Het Sectoraal comité van de sociale zekerheid en de gezondheid, afdeling gezondheid, machtigt de uitwisseling van de gegevens bedoeld in het eerste lid, volgens het beschouwde type hulpmiddel.

Het gemaakte onderscheid tussen de verschillende modaliteiten en termijnen voor de bewaring van de gegevens bedoeld in het eerste lid, in functie van de finaliteiten van deze gegevens, wordt eveneens onderworpen aan de machtiging van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid en de gezondheid.

Op voorstel van de Commissie of op initiatief van de Minister, kan echter worden afgeweken van de voorwaarde van registratie bedoeld in het eerste lid wanneer de Commissie of de Minister aantonen dat, gelet op de beperkte kost van het hulpmiddel of op de zeer goede kennis van dit hulpmiddel, de kosten verbonden aan de oprichting en het houden van een register uitermate groot blijken ten opzichte van het voordeel dat de verzekering of het wetenschappelijk onderzoek kan halen uit die registratie.

§ 3. Een hulpmiddel dat tijdelijk of definitief van de markt wordt teruggetrokken na een beslissing van de Minister die bevoegd is voor volksgezondheid, genomen in toepassing van artikel 13, § 1, van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen of artikel 14, § 1, van het koninklijk besluit van 15 juli 1997 betreffende de actieve implanteerbare medische hulpmiddelen kan geen enkel voorwerp uitmaken van een verzekeringstegemoetkoming.

Art. 3. Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik kunnen slechts door de verzekering vergoed worden wanneer zij bij de Dienst genotificeerd zijn in overeenstemming met de bepalingen van het koninklijk besluit van 1 maart 2009.

Art. 4. § 1. In dit besluit, wordt er voor wat een aanvraag tot aanpassing van de lijst zoals bedoeld in artikel 35septies/2, § 5, betreft, verwezen naar de volgende termijnen :

1° de termijn van vijftien dagen na ontvangst van de aanvraag tot aanpassing voor het onderzoek naar de ontvankelijkheid van de aanvraag tot aanpassing zoals bedoeld in artikel 35septies/2, § 5, derde lid, van de wet;

2° de termijn van twintig dagen na ontvangst van de beslissing tot onontvankelijkheid van de aanvraag tot aanpassing met de vermelding van de ontbrekende elementen;

3° de termijn van vijftien dagen na ontvangst van de ontbrekende elementen voor het onderzoek naar aanleiding van een beslissing tot onontvankelijkheid van de aanvraag tot aanpassing zoals bedoeld in artikel 35septies/2, § 5, vierde lid, van de wet;

4° de termijn van honderd tachtig dagen na de beslissing tot ontvankelijkheid voor de evaluatie van de aanvraag tot aanpassing door de Commissie zoals bedoeld in artikel 35septies/2, § 5, eerste lid, van de wet;

5° de termijn van zestig dagen waarbinnen de Minister zijn beslissing over de aanvraag tot aanpassing neemt zoals bedoeld in artikel 35septies/2, § 5, negende lid, van de wet.

a) elle permet d'établir des diagnostics ou de prévenir ou de traiter des affections qui, jusqu'alors, ne pouvaient l'être avec des thérapies existantes;

b) elle permet d'établir des diagnostics ou de prévenir ou de traiter des affections d'une manière différenciée objectivement plus performante que les alternatives thérapeutiques existantes, dans l'exécution et/ou dans l'obtention d'un meilleur résultat à court et/ou long terme.

48° “analyse de l'application clinique limitée”: l'analyse comportant l'évaluation réalisée conformément aux conditions fixées dans la décision d'octroi d'un remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée. Cette analyse est évaluée par la Commission au terme de la période d'application clinique limitée.

TITRE II. — Dispositions générales

Art. 2. § 1^{er}. L'assurance intervient uniquement dans le coût des dispositifs qui sont repris sur la liste ou le cas échéant sur une liste nominative, pour autant qu'il soit satisfait aux modalités de remboursement que ces listes comportent et que ces dispositifs soient délivrés par un fournisseur d'implants.

§ 2. Le remboursement de tout dispositif visé au § 1^{er} est également subordonné, en application de l'article 9^{ter} de la loi, à l'enregistrement par le dispensateur de soins, dans le registre automatisé prévu à cet effet, des données à caractère personnel relatives à la santé dont l'INAMI est le responsable du traitement.

Le Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé, Section “Santé”, autorise l'échange des données visées à l'alinéa 1^{er} selon le type de dispositif considéré.

La distinction opérée entre les différents modes et délais de conservation des données visées à l'alinéa 1^{er}, selon les finalités de ces données, est également soumise à l'autorisation du Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé.

Sur proposition de la Commission ou à l'initiative du Ministre, il peut toutefois être dérogé à la condition d'enregistrement visée à l'alinéa 1^{er} lorsque la Commission ou le Ministre démontre que, vu le faible coût du dispositif ou la très bonne connaissance de ce dispositif, les coûts inhérents à la création et à la tenue d'un registre s'avèrent excessifs par rapport à l'avantage qui peut être retiré par l'assurance ou par la recherche scientifique de cet enregistrement.

§ 3. Un dispositif qui est retiré temporairement ou définitivement du marché suite à une décision du Ministre ayant la santé publique dans ses attributions prise en application de l'article 13, § 1^{er} de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux ou de l'article 14, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 15 juillet 1997 relatif aux dispositifs médicaux implantables actifs ne peut faire l'objet d'aucune intervention de l'assurance.

Art. 3. Les implants et les dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme ne peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance qu'à la condition d'avoir été notifiés auprès du Service conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 1^{er} mars 2009.

Art. 4. § 1^{er}. Dans le cadre du présent arrêté, il est fait référence, en ce qui concerne une demande d'adaptation de la liste visée à l'article 35septies/2, § 5, aux délais suivants :

1° le délai de quarante-cinq jours après réception de la demande d'adaptation pour l'examen de la recevabilité de la demande d'adaptation, visé à l'article 35septies/2, § 5, alinéa 3, de la loi;

2° le délai de vingt jours après réception de la décision d'irrecevabilité de la demande d'adaptation mentionnant les éléments manquants;

3° le délai de quarante-cinq jours pour le traitement de la demande après réception des éléments manquants suite à une décision d'irrecevabilité, visé à l'article 35septies/2, § 5, alinéa 4, de la loi;

4° le délai de cent quatre-vingts jours après la décision de recevabilité pour l'évaluation de la demande d'adaptation par la Commission, visé à l'article 35septies/2, § 5, alinéa 1^{er}, de la loi;

5° le délai de soixante jours dans lequel le Ministre prend sa décision sur la demande d'adaptation, visé à l'article 35septies/2, § 5, alinéa 9, de la loi.

§ 2. In dit besluit, wordt er voor wat een aanvraag tot aanpassing van een nominatieve lijst betreft, verwezen naar de volgende termijnen, vastgesteld in uitvoering van artikel 35septies/3, § 3 :

1° de termijn van dertig dagen na ontvangst van de aanvraag tot aanpassing voor het onderzoek naar de ontvankelijkheid van de aanvraag tot aanpassing;

2° de termijn van twintig dagen na ontvangst van de beslissing tot onontvankelijkheid van de aanvraag tot aanpassing met vermelding van de ontbrekende elementen;

3° de termijn van dertig dagen na ontvangst van de ontbrekende elementen voor het onderzoek naar aanleiding van een beslissing tot onontvankelijkheid van de aanvraag tot aanpassing;

4° de termijn van vijfenzeventig dagen na de beslissing tot ontvankelijkheid voor de evaluatie van de aanvraag tot aanpassing door de Commissie;

5° de termijn van vijfenveertig dagen waarbinnen het Verzekeringscomité zijn beslissing neemt.

§ 3. De termijnen waarvan sprake in §§ 1 en 2 worden gerekend van middernacht tot middernacht.

Ze worden gerekend na de dag van ontvangst van de akte of van de gebeurtenis welke hen doet ingaan, en omvatten alle dagen, ook de zaterdag, zondag en de wettelijke feestdagen.

§ 4. De termijnen lopen tot en met de dag van ontvangst van de akte of de dag van de gebeurtenis die het einde van de termijnen inluit.

Art. 5. Behoudens andersluidende bepalingen wordt, wanneer de aanvrager of verdere gevraagd wordt om een reactie en deze reactie niet of laattijdig gebeurt, het gebrek aan of de laattijdigheid van een reactie beschouwd als een instemming vanwege de aanvrager of verdere.

Art. 6. In geval een procedure wordt geschorst op initiatief van de aanvrager, en de aanvrager nalaat binnen deze schorsingsperiode te reageren, wordt de aanvraag tot aanpassing van de lijst afgesloten door de Minister, tenzij de schorsingsperiode loopt in het kader van een procedure van evaluatie na een beperkte klinische toepassing.

In geval het beoordelingsrapport melding maakt van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking van de aanvrager nodig is en de aanvrager nalaat binnen de voorziene schorsingsperiode te reageren, wordt de aanvraag tot aanpassing van de lijst afgesloten door de Minister.

Art. 7. De procedure voor de indiening van een aanvraag tot aanpassing van de lijst of een nominatieve lijst wordt door middel van het netwerk Internet door het Instituut bekendgemaakt op het adres <http://www.riziv.fgov.be>

De aanvrager is verplicht deze procedure na te leven om een ontvankelijke aanvraag tot aanpassing te kunnen indienen.

Art. 8. § 1. De aanvraag tot aanpassing van de lijst, mag, in voorkomend geval, ingediend worden vanaf het ogenblik dat de aanvraag van de prijs van het hulpmiddel bij de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie werd ingediend.

Voor zover de prijs die werd toegekend door de Minister die de Economische zaken onder zijn bevoegdheid heeft, of, bij ontstentenis daarvan, de bevestiging van de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie om de gevraagde prijs toe te passen, niet door de aanvrager is meegedeeld aan het secretariaat, wordt de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen geschorst vanaf de negentigste dag na de ontvangst van de aanvraag, tot de ontvangst van deze prijs op het secretariaat, met dien verstande dat de periode van schorsing niet meer dan negentig dagen mag bedragen.

Bij ontstentenis van het overmaken van de prijs binnen deze periode van schorsing, wordt de aanvraag tot aanpassing afgesloten door het secretariaat.

§ . 2. De aanvraag tot aanpassing van een nominatieve lijst mag in voorkomend geval, ingediend worden vanaf het ogenblik dat de aanvraag van de prijs van het hulpmiddel bij de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie werd ingediend.

Voor zover de prijs die werd toegekend door de Minister die de Economische zaken onder zijn bevoegdheid heeft, of, bij ontstentenis daarvan, de bevestiging van de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie om de gevraagde prijs toe te passen, niet door de aanvrager is meegedeeld aan het secretariaat, wordt de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijfenzeventig dagen geschorst vanaf de dertigste dag van deze termijn, tot de ontvangst van deze prijs op het secretariaat, met dien verstande dat de prijs ten laatste honderd tachtig dagen na de ontvangst van de aanvraag tot aanpassing moet toekomen op het secretariaat.

§ 2. Dans le cadre du présent arrêté, il est fait référence, en ce qui concerne une demande d'adaptation d'une liste nominative, aux délais suivants fixés en exécution de l'article 35septies/3, § 3 :

1° le délai de trente jours après réception de la demande d'adaptation pour l'examen de la recevabilité de la demande d'adaptation;

2° le délai de vingt jours après réception de la décision d'irrecevabilité de la demande d'adaptation mentionnant les éléments manquants;

3° le délai de trente jours pour le traitement de la demande d'adaptation après réception des éléments manquants suite à une décision d'irrecevabilité;

4° le délai de septante-cinq jours après la décision de recevabilité pour l'évaluation de la demande d'adaptation par la Commission;

5° le délai de quarante-cinq jours dans lequel le Comité de l'assurance prend une décision.

§ 3. Les délais mentionnés aux §§ 1^{er} et 2 se comptent de minuit à minuit.

Ils sont calculés à partir du lendemain du jour de la réception de l'acte ou de l'événement qui y donne cours, et comprennent tous les jours, même le samedi, le dimanche et les jours fériés légaux.

§ 4. Les délais courent jusqu'au jour de réception de l'acte ou jusqu'au jour où se produit l'événement qui met fin au délai.

Art. 5. Sauf dispositions contraires, lorsqu'une réaction est demandée au demandeur ou au distributeur et que cette réaction ne se produit pas ou se produit tardivement, le défaut ou la tardiveté d'une réaction est considérée comme un accord de la part du demandeur ou du distributeur.

Art. 6. Dans le cas où une procédure est suspendue à l'initiative du demandeur et que le demandeur néglige de réagir pendant la période de suspension, la demande d'adaptation de la liste est clôturée par le Ministre sauf lorsque la suspension a lieu dans le cadre de la procédure d'évaluation après application clinique limitée.

Dans le cas où le rapport d'évaluation mentionne des éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du demandeur et que celui-ci néglige de les communiquer dans la période de suspension prévue, la demande d'adaptation de la liste est clôturée par le Ministre.

Art. 7. La procédure d'introduction d'une demande d'adaptation de la liste ou d'une liste nominative est communiquée au moyen du réseau Internet par l'Institut à l'adresse <http://www.inami.fgov.be>

Le demandeur est tenu de respecter cette procédure afin de pouvoir introduire une demande d'adaptation recevable.

Art. 8. § 1^{er}. La demande d'adaptation de la liste peut, le cas échéant, être introduite à partir du moment où la demande de prix du dispositif a été introduite auprès du Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie.

Dans la mesure où le prix qui a été octroyé par le Ministre qui a les Affaires économiques dans ses attributions, ou, à défaut, la confirmation du Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie d'appliquer le prix demandé, n'a pas été communiqué au secrétariat par le demandeur, le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, est suspendu à partir du nonantième jour après réception de la demande jusqu'à la réception de ce prix par le secrétariat, étant entendu que la période de suspension ne peut pas excéder nonante jours.

A défaut de transmission du prix durant la période de suspension, la demande d'adaptation est clôturée par le secrétariat.

§ 2.. La demande d'adaptation d'une liste nominative peut, le cas échéant, être introduite à partir du moment où la demande de prix du dispositif a été introduite auprès du Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie.

Dans la mesure où le prix qui, a été octroyé par le Ministre qui a les Affaires économiques dans ses attributions, ou, à défaut, la confirmation du Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie d'appliquer le prix demandé, n'a pas été communiqué par le demandeur au secrétariat, le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, est suspendu à partir du trentième jour de ce délai, jusqu'à la réception de ce prix par le secrétariat, étant entendu que le prix doit parvenir au secrétariat au plus tard cent quatre-vingts jours après réception de la demande d'adaptation.

Bij ontstentenis van het overmaken van de prijs binnen de termijn van honderd tachtig dagen bedoeld in vorig lid, wordt de aanvraag tot aanpassing van een nominatieve lijst door het secretariaat afgesloten.

Art. 9. § 1. In de gevallen waar er sprake is van het overmaken van beslissingen, voorstellen, inlichtingen, ontbrekende elementen of documenten tussen enerzijds het secretariaat, de Commissie, de gemachtigde ambtenaar, de Minister en anderzijds de aanvrager of de verdeler, gebeurt dit elektronisch of met een aangetekende zending met bericht van ontvangst.

Wanneer het overmaken moet plaatsvinden binnen een gegeven termijn, is het de datum waarop is overgegaan tot het overmaken die bepalend is om te oordelen over het respecteren van de termijn.

§ 2. Wanneer het overmaken zoals bedoeld in § 1, eerste lid, aan de aanvrager of de verdeler gebeurt zonder tussenkomst van het secretariaat, wordt een afschrift bezorgd aan het secretariaat.

Art. 10. § 1. Indien de Commissie er niet in slaagt een definitief gemotiveerd voorstel te formuleren omtrent een aanvraag tot aanpassing van de lijst omdat de voorwaarden omtrent de meerderheid zoals bedoeld in artikel 122*vicies* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 niet zijn voldaan, maakt ze middels de gemachtigde ambtenaar de aanvraag tot aanpassing over aan de Minister.

De aanvrager wordt hiervan in kennis gesteld door het secretariaat.

§ 2. Indien de Commissie er niet in slaagt een gemotiveerd voorstel uit te brengen omtrent een aanvraag tot aanpassing van een nominatieve lijst omdat de voorwaarden omtrent de meerderheid zoals bedoeld in artikel 122*vicies* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 niet zijn voldaan, maakt ze middels de gemachtigde ambtenaar de aanvraag tot aanpassing over aan de voorzitter van het Verzekeringscomité.

De aanvrager wordt hiervan in kennis gesteld door het secretariaat.

Art. 11. § 1. De gegevens die bij een aanvraag tot aanpassing van de lijst of een nominatieve lijst worden gevoegd, moeten relevant zijn.

§ 2. Indien in de aanvraag tot aanpassing elementen ontbreken die vereist zijn voor de ontvankelijkheid ervan, maar de aanvrager de reden voor het ontbreken ervan voldoende kan motiveren, kan het secretariaat de aanvraag tot aanpassing als ontvankelijk beschouwen.

Deze beslissing tot ontvankelijkheid wordt door de gemachtigde ambtenaar overgemaakt aan de aanvrager.

Art. 12. In die gevallen waar er in dit besluit sprake is van het meest recente voorstel tot aanpassing van de lijst vanwege de aanvrager wordt beschouwd als dit meest recente voorstel :

1° het oorspronkelijke voorstel betreffende de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten van de aanvrager betreffende de vergoeding, in het geval er geen gemotiveerd voorlopig voorstel is opgemaakt door de Commissie;

2° het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie indien de aanvrager hier geen opmerkingen of bezwaren meer over heeft gemaakt;

3° het voorstel betreffende de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten dat de aanvrager heeft geformuleerd naar aanleiding van het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie in de andere gevallen.

Art. 13. In die gevallen waar er in dit besluit sprake is van het meest recente voorstel tot aanpassing van een nominatieve lijst vanwege de aanvrager wordt beschouwd als meest recente voorstel :

1° het oorspronkelijk voorstel van de aanvrager betreffende de aanpassing van de nominatieve lijst, in het geval er geen gemotiveerd voorlopig voorstel is opgemaakt door de Commissie;

2° het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie indien de aanvrager hier geen opmerkingen of bezwaren meer over heeft gemaakt;

3° het voorstel betreffende de aanpassing van een nominatieve lijst dat de aanvrager heeft geformuleerd naar aanleiding van het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie in de andere gevallen.

TITEL III. — *Aanpassingen van de lijst*

HOOFDSTUK 1. — *Algemene Bepalingen*

Art. 14. De lijst kan, behoudens andersluidende bepalingen, aangepast worden door de Minister op voorstel van de Commissie, en dit op vraag van de aanvrager, van de Minister of van de Commissie.

A défaut de transmission du prix dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'alinéa précédent, la demande d'adaptation d'une liste nominative est clôturée par le secrétariat.

Art. 9. § 1^{er}. Dans les cas où il est question d'envoi de décisions, de propositions, de renseignements, d'éléments manquants ou de documents entre, d'une part, le secrétariat, la Commission, le fonctionnaire délégué, le Ministre et d'autre part, le demandeur ou le distributeur, celui-ci se fait par voie électronique ou par envoi recommandé avec accusé de réception.

Lorsque cet envoi doit avoir lieu dans un délai donné, c'est la date à laquelle il est procédé à l'envoi qui est déterminante pour juger du respect de ce délai.

§ 2. Lorsque l'envoi visé au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, est fait au demandeur ou au distributeur sans intervention du secrétariat, une copie est également transmise au secrétariat.

Art. 10. § 1^{er}. Si, à défaut de réunir les conditions de majorité visées à l'article 122*vicies* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la Commission ne parvient pas à formuler une proposition motivée définitive sur une demande d'adaptation de la liste, elle transmet, par l'intermédiaire du fonctionnaire délégué, la demande d'adaptation au Ministre.

Le demandeur en est informé par le secrétariat.

§ 2. Si, à défaut de réunir les conditions de majorité visées à l'article 122*vicies* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la Commission ne parvient pas à émettre une proposition motivée sur une demande d'adaptation d'une liste nominative, elle transmet, par l'intermédiaire du fonctionnaire délégué, la demande d'adaptation au président du Comité de l'assurance.

Le demandeur en est informé par le secrétariat.

Art. 11. § 1^{er}. Les données jointes à l'appui d'une demande d'adaptation de la liste ou d'une liste nominative doivent être pertinentes.

§ 2. Si, dans la demande d'adaptation, des éléments requis pour la recevabilité font défaut mais que le demandeur peut en justifier les raisons de manière satisfaisante, le secrétariat peut considérer la demande d'adaptation comme recevable.

Cette décision de recevabilité est transmise au demandeur par le fonctionnaire délégué.

Art. 12. Dans les cas où, dans le cadre du présent arrêté, il est question de la proposition la plus récente d'adaptation de la liste de la part du demandeur, est considérée comme la proposition la plus récente :

1° la proposition initiale concernant la prestation et les modalités de remboursement de la part du demandeur dans le cas où aucune proposition motivée provisoire n'a été émise par la Commission;

2° la proposition motivée provisoire de la Commission, si elle n'a plus fait l'objet ni de remarques ni d'objections de la part du demandeur;

3° la proposition concernant la prestation et les modalités de remboursement formulée par le demandeur en réaction à la proposition motivée provisoire de la Commission dans les autres cas.

Art. 13. Dans les cas où, dans le cadre du présent arrêté, il est question de la proposition la plus récente d'adaptation d'une liste nominative de la part du demandeur, est considérée comme la proposition la plus récente :

1° la proposition initiale de la part du demandeur concernant l'adaptation de la liste nominative, dans le cas où aucune proposition motivée provisoire n'a été formulée par la Commission;

2° la proposition motivée provisoire de la Commission, si elle n'a plus fait l'objet ni de remarques ni d'objections de la part du demandeur;

3° la proposition concernant l'adaptation d'une liste nominative formulée par le demandeur en réaction à la proposition motivée provisoire de la Commission dans les autres cas.

TITRE III. — *Adaptations de la liste*

CHAPITRE 1^{er}. — *Dispositions générales*

Art. 14. La liste peut, sauf dispositions contraires, être adaptée par le Ministre sur proposition de la Commission, et ce à la demande du demandeur, du Ministre ou de la Commission.

Art. 15. De aanpassingen van de lijst kunnen bestaan in het opnemen in of het schrappen van verstrekkingen van de lijst of het wijzigen van een verstrekking of van vergoedingsmodaliteiten in de lijst.

Art. 16. De beslissing met betrekking tot de aanvraag tot aanpassing van de lijst wordt door de Minister genomen, na een evaluatie van één of meerdere van de volgende criteria bedoeld in artikel 35septies/2, § 3, van de wet :

- 1° de therapeutische waarde van het hulpmiddel, uitgedrukt in één van de twee klassen die uitgebreid worden gedefinieerd in artikel 17;
- 2° de individuele prijs van het hulpmiddel, en de voorgestelde vergoedingsbasis;
- 3° het belang van het hulpmiddel in de medische praktijk in functie van de therapeutische en sociale noden;
- 4° de budgettaire weerslag voor de verzekering;
- 5° de verhouding tussen de kosten voor de verzekering en de therapeutische waarde van het hulpmiddel.

Art. 17. De therapeutische waarde en de eventuele therapeutische of gezondheidseconomische meerwaarde van een hulpmiddel worden uitgedrukt in één van de volgende klassen :

1° Klasse 1 : hulpmiddel met een aangetoonde meerwaarde tegenover bestaande therapeutische alternatieven.

Klasse 1 wordt onderverdeeld in de volgende subklassen :

Subklasse 1a

Hulpmiddel waarvoor geen enkele verstrekking opgenomen in de lijst, een passende omschrijving geeft en dat een meerwaarde biedt ten opzichte van bestaande therapeutische alternatieven.

Subklasse 1b

Hulpmiddel dat beantwoordt aan de omschrijving van een verstrekking opgenomen in de lijst, maar dat een meerwaarde biedt ten opzichte van alle andere hulpmiddelen die eveneens beantwoorden aan de omschrijving van dezelfde verstrekking.

2° Klasse 2 : hulpmiddel gelijkwaardig aan bestaande therapeutische alternatieven, evenwel zonder aangetoonde meerwaarde.

Klasse 2 wordt onderverdeeld in de volgende subklassen :

Subklasse 2a

Hulpmiddel waarvoor geen enkele verstrekking opgenomen in de lijst een passende omschrijving geeft.

Subklasse 2b

Hulpmiddel dat beantwoordt aan de omschrijving van een verstrekking opgenomen in de lijst, maar dat voor vergoeding moet opgenomen worden in een nominatieve lijst.

Art. 18. § 1. Indien in de aanvraag tot aanpassing een hulpmiddel wordt gerangschikt in klasse 1, worden alle criteria vermeld in artikel 16 in de beoordeling gehanteerd.

Indien in de aanvraag tot aanpassing een hulpmiddel wordt gerangschikt in subklasse 2a, worden de criteria vermeld in artikel 16, 1° tot en met 4°, in de beoordeling gehanteerd.

Indien in de aanvraag tot aanpassing een hulpmiddel wordt gerangschikt in subklasse 2b, worden de criteria vermeld in artikel 16, 1° tot en met 2°, in de beoordeling gehanteerd.

§ 2. De definitieve vaststelling van de klasse 1 en de subklasse 2a gebeurt door de Minister, op voorstel van de Commissie.

De definitieve vaststelling van de subklasse 2b gebeurt door het Verzekeringscomité, op voorstel van de Commissie.

Art. 19. § 1. De Commissie kan voorstellen om een hulpmiddel dat deel uitmaakt van een innovatieve technologie tijdelijk te vergoeden in het kader van een beperkte klinische toepassing.

Dit voorstel van de Commissie omvat een voorstel over de verstrekking en de toe te passen vergoedingsmodaliteiten in het kader van een beperkte klinische toepassing.

§ 2. Het voorstel bedoeld in § 1 bevat de periode van evaluatie gedurende dewelke een tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing mogelijk is en in voorkomend geval :

- 1° het maximum aantal hulpmiddelen dat hetzij jaarlijks, hetzij gedurende de periode van evaluatie wordt vergoed;
- 2° de kwalificaties van de verplegingsinrichting of van het betrokken gespecialiseerd centrum, waarin het hulpmiddel gebruikt wordt;
- 3° de kwalificaties van de zorgverlener;

Art. 15. Les adaptations de la liste peuvent consister en l'inscription ou la suppression de prestations de la liste ou en la modification d'une prestation ou de modalités de remboursement sur la liste.

Art. 16. La décision portant sur la demande d'adaptation de la liste est prise par le Ministre après évaluation d'un ou de plusieurs des critères visés à l'article 35septies/2, § 3, de la loi :

- 1° la valeur thérapeutique du dispositif, exprimée dans l'une des deux classes plus amplement définies à l'article 17;
- 2° le prix individuel du dispositif et la base de remboursement proposés;
- 3° l'intérêt du dispositif dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux;
- 4° l'incidence budgétaire pour l'assurance;
- 5° le rapport entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique du dispositif.

Art. 17. La valeur thérapeutique et l'éventuelle plus-value thérapeutique ou économique-sanitaire d'un dispositif sont exprimées dans l'une des classes suivantes :

1° Classe 1 : dispositif ayant une plus-value démontrée par rapport à des alternatives thérapeutiques existantes.

La classe 1 est subdivisée selon les sous-classes suivantes :

Sous-classe 1a

Dispositif pour lequel aucune prestation reprise sur la liste ne donne une description appropriée et qui offre une plus-value par rapport à des alternatives thérapeutiques existantes.

Sous-classe 1b

Dispositif qui répond à la description d'une prestation reprise sur la liste, mais qui offre une plus-value par rapport à tous les autres dispositifs qui répondent également à la description de la même prestation.

2° Classe 2 : dispositif équivalent aux alternatives thérapeutiques existantes, sans toutefois démontrer de plus-value.

La classe 2 est subdivisée selon les sous-classes suivantes :

Sous-classe 2a

Dispositif pour lequel aucune prestation reprise sur la liste ne donne une description appropriée.

Sous-classe 2b

Dispositif qui répond à la description d'une prestation reprise sur la liste, mais qui, pour un remboursement, doit être repris sur une liste nominative.

Art. 18. § 1^{er}. Si, dans la demande d'adaptation, un dispositif est répertorié en classe 1, tous les critères mentionnés à l'article 16 sont utilisés lors de l'évaluation.

Si, dans la demande d'adaptation, un dispositif est répertorié en sous-classe 2a, les critères mentionnés à l'article 16, 1° à 4° inclus, sont utilisés lors de l'évaluation.

Si, dans la demande d'adaptation, un dispositif est répertorié en sous-classe 2b, les critères mentionnés à l'article 16, 1° et 2° inclus, sont utilisés lors de l'évaluation.

§ 2. La fixation définitive de la classe 1 et de la sous-classe 2a est prise par le Ministre, sur proposition de la Commission.

La fixation définitive de la sous-classe 2b est prise par le Comité de l'assurance, sur proposition de la Commission.

Art. 19. § 1^{er}. La Commission peut proposer de rembourser temporairement un dispositif qui fait partie d'une technologie innovante dans le cadre d'une application clinique limitée.

Cette proposition de la Commission comporte une proposition sur la prestation et les modalités de remboursement applicables dans le cadre d'une application clinique limitée.

§ 2. La proposition visée au § 1^{er} contient la période d'évaluation durant laquelle un remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée est possible et le cas échéant :

- 1° le nombre maximum de dispositifs qui, soit sur base annuelle, soit durant la période d'évaluation, sont remboursés;
- 2° les qualifications de l'établissement hospitalier ou du centre spécialisé concerné dans lequel le dispositif est utilisé;
- 3° les qualifications du dispensateur de soins;

4° de vergoedbare indicaties;

5° specifieke criteria voor de opname van hulpmiddel in een nominatieve lijst;

6° de te verzamelen gegevens;

7° de omschrijving van de evaluatie.

Art. 20. § 1. De vergoedbare hulpmiddelen worden gerangschikt in één van de volgende vergoedingscategorieën :

I. Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik :

Categorie A : implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik die vergoed worden op basis van individuele prijs wanneer zij zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie B : implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik die niet-forfaitair vergoed worden zonder dat ze zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie C : implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik die niet-forfaitair worden vergoed wanneer ze zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie D : implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik die forfaitair vergoed worden zonder dat ze zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie E : implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik die forfaitair worden vergoed wanneer zij zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie F : implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik die vergoed worden op basis van de verkoopprijs inclusief btw.

Categorie G : implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik die vergoed worden in het kader van een beperkte klinische toepassing.

Categorie H : implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik die vergoed worden in het kader van een contract gesloten met het Instituut.

II. Invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik

Categorie A : invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik die vergoed worden op basis van individuele prijs wanneer ze zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie B : invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik die niet-forfaitair vergoed worden zonder dat ze zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie C : invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik die niet-forfaitair enkel vergoed worden wanneer ze zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie D : invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik die forfaitair vergoed worden zonder dat ze zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie E : invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik die forfaitair enkel vergoed worden wanneer ze zijn opgenomen in een nominatieve lijst.

Categorie F : invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik die vergoed worden op basis van de verkoopprijs inclusief btw.

Categorie G : invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik die vergoed worden in het kader van een beperkte klinische toepassing.

Categorie H : invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik die vergoed worden in het kader van een contract gesloten met het Instituut.

§ 2. Aan de hulpmiddelen uit de vergoedingscategorieën bedoeld in § 1, IA, ID, IE, IF, IIA, IID, IIE en IIF wordt geen veiligheidsgrens toegekend.

Voor de hulpmiddelen uit de vergoedingscategorie A wordt een plafondprijs vastgesteld.

§ 3. De hulpmiddelen uit alle vergoedingscategorieën kunnen verder worden onderverdeeld in vergoedingssubcategorieën.

§ 4. Hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategorieën B of C waarvan de verkoopprijs de vergoedingsbasis verhoogd met het als veiligheidsgrens vastgesteld percentage overschrijdt, zijn uitgesloten van een vergoeding door de verzekering.

Hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategorie A waarvan de verkoopprijs de plafondprijs overschrijdt, zijn uitgesloten van een vergoeding door de verzekering.

4° les indications remboursables;

5° les critères spécifiques pour l'inscription du dispositif sur une liste nominative;

6° les données à collecter;

7° la description de l'évaluation.

Art. 20. § 1^{er}. Les dispositifs remboursables sont répertoriés dans une des catégories de remboursement suivantes :

I. Implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme :

Catégorie A : implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme, qui sont remboursés sur la base du prix individuel lorsqu'ils sont repris sur une liste nominative.

Catégorie B : implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme, qui sont remboursés de façon non-forfaitaire sans être repris sur une liste nominative.

Catégorie C : implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme, qui sont remboursés de façon non-forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative.

Catégorie D : implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme, qui sont remboursés de façon forfaitaire sans être repris sur une liste nominative.

Catégorie E : implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme, qui sont remboursés de façon forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative.

Catégorie F : implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme, qui sont remboursés sur la base du prix de vente T.V.A. incluse.

Catégorie G : implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme qui sont remboursés dans le cadre d'une application clinique limitée.

Catégorie H : implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme qui sont remboursés dans le cadre d'un contrat conclu avec l'Institut.

II. Dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme

Catégorie A : dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme, qui sont remboursés sur la base du prix individuel lorsqu'ils sont repris sur une liste nominative.

Catégorie B : dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme, qui sont remboursés de façon non-forfaitaire sans être repris sur une liste nominative.

Catégorie C : dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme, qui sont remboursés de façon non-forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative.

Catégorie D : dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme, qui sont remboursés de façon forfaitaire sans être repris sur une liste nominative.

Catégorie E : dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme, qui sont remboursés de façon forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative.

Catégorie F : dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme, qui sont remboursés sur la base du prix de vente T.V.A. incluse.

Catégorie G : dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme, qui sont remboursés dans le cadre d'une application clinique limitée.

Catégorie H : dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme qui sont remboursés dans le cadre d'un contrat conclu avec l'Institut.

§ 2. Aucune marge de sécurité n'est attribuée aux dispositifs appartenant aux catégories de remboursement visées au § 1^{er}, IA, ID, IE, IF, IIA, IID, IIE et IIF.

Un prix plafond est déterminé pour les dispositifs appartenant à la catégorie de remboursement A.

§ 3. Les dispositifs de toutes les catégories de remboursement peuvent être répartis en sous-catégories de remboursement.

§ 4. Les dispositifs appartenant aux catégories de remboursement B ou C pour lesquels le prix de vente excède la base de remboursement augmentée du pourcentage fixé comme marge de sécurité sont exclus du remboursement par l'assurance.

Les dispositifs appartenant à la catégorie de remboursement A pour lesquels le prix de vente excède le prix plafond sont exclus du remboursement par l'assurance.

Art. 21. Voor hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategoriën A, C en in voorkomend geval G, is de individuele prijs vermeld in een nominatieve lijst, de maximale verkoopprijs die door de verdeler aan de verplegingsinrichting mag worden gefactureerd.

Art. 22. § 1. De vergoedingsbasis van een verstrekking wordt vastgelegd door de Minister, op voorstel van de Commissie.

De vergoedingsbasis moet aan de volgende voorwaarden voldoen :

1° het hulpmiddel gerangschikt in klasse 1 krijgt een vergoedingsbasis die in overeenstemming is met de aangetoonde meerwaarde.

2° het hulpmiddel gerangschikt in klasse 2a krijgt een vergoedingsbasis die in overeenstemming is met gelijkwaardige therapeutische alternatieven.

3° het hulpmiddel gerangschikt in klasse 2b krijgt de vergoedingsbasis die overeenstemt met de nominatieve lijst waarin het wordt opgenomen.

§ 2. Het bedrag van de vergoeding door de verzekering van een hulpmiddel wordt als volgt vastgesteld :

1° voor hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategorie A is het bedrag van de vergoeding door de verzekering de individuele prijs opgenomen op de nominatieve lijst. Die prijs is kleiner of gelijk aan de voor die verstrekking vastgestelde plafondprijs;

2° voor hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategorie B is het bedrag van de vergoeding door de verzekering gelijk aan de verkoopprijs van het hulpmiddel indien deze lager of gelijk is aan de vergoedingsbasis. Wanneer de verkoopprijs hoger is dan de vergoedingsbasis, maar lager of gelijk aan de vergoedingsbasis verhoogd met het als veiligheidsgrens vastgesteld percentage, dan is het bedrag van de vergoeding door de verzekering gelijk aan de vergoedingsbasis;

3° voor hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategorie C is het bedrag van de vergoeding door de verzekering gelijk aan de verkoopprijs van het hulpmiddel opgenomen in een nominatieve lijst indien deze lager of gelijk is aan de vergoedingsbasis. Wanneer de verkoopprijs opgenomen in een nominatieve lijst hoger is dan de vergoedingsbasis, maar lager of gelijk aan de vergoedingsbasis verhoogd met het als veiligheidsgrens vastgesteld percentage, dan is het bedrag van de vergoeding door de verzekering gelijk aan de vergoedingsbasis;

4° voor de hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategoriën D en E is het bedrag van de vergoeding door de verzekering gelijk aan het vastgestelde forfaitaire bedrag;

5° voor hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategorie F wordt het bedrag van de vergoeding door de verzekering bepaald door het College van Geneesheren-directeurs;

6° voor hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategorie G worden de vergoedingsmodaliteiten vastgesteld door de Minister op voorstel van de Commissie;

7° voor hulpmiddelen behorende tot de vergoedingscategorie H worden de vergoedingsmodaliteiten vastgesteld in het contract gesloten met het Instituut;

8° voor hulpmiddelen waar volgens het koninklijk besluit van 29 juni 2014 een persoonlijk aandeel voor de rechthebbende werd vastgesteld, wordt het bedrag van de vergoeding door de verzekering verminderd met dit persoonlijk aandeel.

§ 3. Wanneer zij dit nodig acht kan de Commissie aan de Minister voorstellen om het bedrag van de vergoeding door de verzekering van een hulpmiddel te laten vaststellen door het College van geneesheren-directeurs.

§ 4. De veiligheidsgrens voor de hulpmiddelen uit vergoedingscategoriën B en C wordt door de Commissie voorgesteld op 20 % van de vergoedingsbasis, behoudens de gevallen waarin de Commissie om budgettaire en/of gezondheidseconomische redenen een hoger percentage nodig acht, of om sociale redenen een lager percentage nodig acht.

De veiligheidsgrens wordt door de Minister vastgesteld op voorstel van de Commissie.

Art. 23. § 1. De aanvragen tot aanpassing van de lijst die ontvanke-lijk werden verklaard, worden via het netwerk internet op het adres <http://www.riziv.be> door de Dienst bekendgemaakt.

De naam van de aanvrager of de verdeler, de naam van het hulpmiddel, en in voorkomend geval de verstrekking waarop de aanvraag tot aanpassing betrekking heeft worden bekendgemaakt.

§ 2. De implantaten die, overeenkomstig artikel 102, 4°, e) van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, het voorwerp hebben uitgemaakt van een negatieve beslissing van de minister na een negatieve evaluatie van Commissie, of van een negatieve beslissing van het Verzekeringscomité

Art. 21. Pour les dispositifs appartenant aux catégories de remboursement A, C, et, le cas échéant, G, le prix individuel mentionné sur une liste nominative est le prix de vente maximal que le distributeur peut facturer à l'établissement hospitalier.

Art. 22. § 1^{er}. La base de remboursement d'une prestation est fixée par le Ministre, sur proposition de la Commission.

La base de remboursement doit répondre aux conditions suivantes :

1° le dispositif répertorié en classe 1 bénéficie d'une base de remboursement qui correspond à la plus-value démontrée.

2° le dispositif répertorié en classe 2a bénéficie d'une base de remboursement qui correspond à des alternatives thérapeutiques similaires.

3° le dispositif répertorié en classe 2b bénéficie d'une base de remboursement qui correspond à la liste nominative sur laquelle il est repris.

§ 2. Le montant du remboursement par l'assurance d'un dispositif est fixé comme suit :

1° pour les dispositifs appartenant à la catégorie de remboursement A, le montant du remboursement par l'assurance est le prix individuel mentionné sur la liste nominative. Ce prix est inférieur ou égal au prix plafond fixé pour cette prestation;

2° pour les dispositifs appartenant à la catégorie de remboursement B, le montant du remboursement par l'assurance est égal au prix de vente du dispositif si celui-ci est inférieur ou égal à la base de remboursement. Lorsque le prix de vente est supérieur à la base de remboursement, mais inférieur ou égal à la base de remboursement majorée du pourcentage fixé comme marge de sécurité, le montant du remboursement par l'assurance est égal à la base de remboursement;

3° pour les dispositifs appartenant à la catégorie de remboursement C, le montant du remboursement par l'assurance est égal au prix de vente du dispositif mentionné sur une liste nominative si celui-ci est inférieur ou égal à la base de remboursement. Lorsque le prix de vente mentionné sur une liste nominative est supérieur à la base de remboursement, mais inférieur ou égal à la base de remboursement majorée du pourcentage fixé comme marge de sécurité, le montant du remboursement par l'assurance est égal à la base de remboursement;

4° pour les dispositifs appartenant aux catégories de remboursement D et E, le montant du remboursement par l'assurance est égal au montant forfaitaire fixé.;

5° pour les dispositifs appartenant à la catégorie de remboursement F, le montant du remboursement par l'assurance est fixé par le Collège des médecins-directeurs;

6° pour les dispositifs appartenant à la catégorie de remboursement G, les modalités de remboursement sont fixées par le Ministre sur proposition de la Commission;

7° pour les dispositifs appartenant à la catégorie de remboursement H, les modalités de remboursement sont fixées dans le contrat conclu avec l'Institut;

8° pour les dispositifs pour lesquels une intervention personnelle a été fixée pour le bénéficiaire conformément à l'arrêté royal du 29 juin 2014, le montant du remboursement par l'assurance est diminué de cette intervention personnelle.

§ 3. Lorsqu'elle l'estime nécessaire, la Commission peut proposer au Ministre que le montant du remboursement par l'assurance d'un dispositif soit déterminé par le Collège des médecins-directeurs.

§ 4. La marge de sécurité pour les dispositifs des catégories de remboursement B et C est proposée par la Commission à 20 % de la base de remboursement, sauf dans les cas où la Commission juge que le pourcentage doit être plus élevé pour des raisons budgétaires et/ou économico-sanitaires, ou que le pourcentage doit être inférieur pour des raisons sociales.

La marge de sécurité est fixée par le Ministre, sur proposition de la Commission.

Art. 23. § 1^{er}. Les demandes d'adaptation de la liste qui ont été déclarées recevables, sont publiées par le Service sur le site Internet à l'adresse <http://www.inami.be>

Sont publiés, le nom du demandeur ou du distributeur, le nom du dispositif et, le cas échéant, la prestation sur laquelle porte la demande d'adaptation.

§ 2. Les implants qui ont fait l'objet, conformément à l'article 102, 4°, e) de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, d'une décision négative du ministre suite à une évaluation négative de la Commission ou d'une décision négative du

na een negatieve evaluatie van Commissie worden via het netwerk internet op het adres <http://www.riziv.be> door de Dienst bekendgemaakt.

De naam van de aanvrager of de verdelers, de naam van de fabrikant, de naam van het implantaat waarop de negatieve evaluatie betrekking heeft alsook de samenvatting van het beoordelingsrapport worden bekendgemaakt.

HOOFDSTUK 2. — *Aanpassingen van de lijst op vraag van de aanvrager*

Afdeling 1. — Termijn gebonden procedure

Art. 24. De procedure in het kader van deze afdeling is van toepassing op aanvragen tot aanpassing van de lijst zoals bedoeld in artikel 15 met betrekking tot implantaten en hulpmiddelen voor langdurig gebruik en die gerangschikt worden in klasse 1 of in subklasse 2a zoals bedoeld in artikel 17.

Onderafdeling 1. — Aanvraag tot opname

Art. 25. De aanvraag tot opname in de lijst van een verstrekking zoals bedoeld in artikel 24 wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat.

Art. 26. § 1. In geval van een aanvraag tot opname in klasse 1 worden de volgende gegevens verstrekt overeenkomstig het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 :

1° de identificatie van de (benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut);

2° de naam en de referentienummers van het implantaat of het hulpmiddel voor langdurig gebruik en de notificatiecode(s);

3° een omstandige beschrijving van het implantaat of het hulpmiddel voor langdurig gebruik;

4° de gebruiksaanwijzing;

5° de verkoopprijs, de verkoopprijs van toepassing in andere lidstaten van de Europese Unie en, in voorkomend geval, een bewijs van prijsvaststelling afgeleverd door de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, of bij ontbreken hiervan een bewijs van indiening van een aanvraag tot opname met de verplichting het bewijs van prijsvaststelling bij de aanvraag tot opname toe te voegen van zodra het beschikbaar is;

6° de conformiteitsverklaring en de vereiste certificaten in verband met de CE-markering;

7° een voorstel betreffende de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten;

8° een verantwoording van de geclaimde meerwaarde, vergezeld van :

- de wetenschappelijke motiveringen,

- epidemiologische gegevens en/of studies,

- de klinische en gezondheidseconomische studies. Deze studies zijn bij voorkeur gepubliceerd; indien deze studies evenwel niet werden gepubliceerd, worden ook voor publicatie aanvaarde studies en volledige studierapporten aanvaard.

§ 2. In geval van een aanvraag tot opname in subklasse 2a worden de volgende gegevens verstrekt overeenkomstig het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 :

1° de identificatie van de aanvrager (benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut);

2° de naam en de referentienummers van het implantaat of het hulpmiddel voor langdurig gebruik en de notificatiecode;

3° een omstandige beschrijving van het implantaat of het hulpmiddel voor langdurig gebruik, met vermelding van de evenwaardige technieken of behandelingen waarvan het gebruik of toepassing leidt tot eenzelfde eindresultaat als gebruik van het implantaat of het hulpmiddel voor langdurig gebruik waarvoor de aanvraag werd ingediend;

4° de gebruiksaanwijzing;

5° de verkoopprijs, de verkoopprijs van toepassing in andere lidstaten van de Europese Unie en, in voorkomend geval, een bewijs van prijsvaststelling afgeleverd door de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, of bij ontbreken hiervan een bewijs van indiening van een aanvraag met de verplichting het bewijs van prijsvaststelling bij de aanvraag tot opname toe te voegen van zodra het beschikbaar is;

6° de conformiteitsverklaring en de vereiste certificaten in verband met de CE-markering;

7° een voorstel betreffende de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten;

Comité de l'assurance suite à une évaluation négative de la Commission sont publiées par le Service sur le site Internet à l'adresse <http://www.inami.be>

Sont publiés, le nom du demandeur ou du distributeur, le nom du fabricant, le nom de l'implant sur lequel porte l'évaluation négative ainsi que le résumé du rapport d'évaluation.

CHAPITRE 2. — *Adaptations de la liste à la demande du demandeur*

Section 1^{re}. — Procédure avec délais

Art. 24. La procédure décrite dans le cadre de la présente section s'applique aux demandes d'adaptation de la liste visée à l'article 15 portant sur des implants et dispositifs pour usage à long terme, et qui sont répertoriés en classe 1 ou en sous-classe 2a visées à l'article 17.

Sous-section 1^{re}. — Demande d'inscription

Art. 25. La demande d'inscription sur la liste d'une prestation visée à l'article 24 est adressée par le demandeur au secrétariat.

Art. 26. § 1^{er}. En cas de demande d'inscription dans la classe 1, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

1° l'identification du demandeur (dénomination, siège social, numéro d'entreprise, statut juridique);

2° le nom et les numéros de référence de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme ainsi que le(s) code(s) de notification;

3° une description détaillée de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme;

4° le mode d'emploi;

5° le prix de vente, le prix de vente en application dans d'autres Etats membres de l'Union européenne et, le cas échéant, une preuve de la fixation du prix délivrée par le Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie ou, à défaut, une preuve de l'introduction d'une demande avec l'obligation de joindre à la demande d'inscription la preuve de la fixation de prix dès qu'elle est disponible;

6° la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE;

7° une proposition concernant la prestation et les modalités de remboursement;

8° une justification de la plus-value revendiquée, accompagnée :

- des motivations scientifiques,

- des données et/ou études épidémiologiques,

- des études cliniques et des études économico-sanitaires. Ces études ont de préférence été publiées; si ces études n'avaient toutefois pas été publiées, sont également admis les études acceptées pour publication ainsi que les rapports d'études complets.

§ 2. En cas de demande d'inscription dans la sous-classe 2a, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

1° l'identification du demandeur (dénomination, siège social, numéro d'entreprise, statut juridique);

2° le nom et les numéros de référence de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme ainsi que le code de notification;

3° une description détaillée de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme, avec l'indication des techniques ou traitements de même valeur dont l'utilisation ou l'application conduit au même résultat final que l'utilisation de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme pour lequel la demande a été introduite;

4° le mode d'emploi;

5° le prix de vente, le prix de vente en application dans les autres Etats membres de l'Union européenne et, le cas échéant, une preuve de la fixation du prix délivrée par le Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie ou, à défaut, une preuve de l'introduction d'une demande avec l'obligation de joindre à la demande d'inscription la preuve de la fixation de prix dès qu'elle est disponible;

6° la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE;

7° une proposition concernant la prestation et les modalités de remboursement;

8° een verantwoording van de therapeutische waarde, vergezeld van :

- de wetenschappelijke motiveringen,
- epidemiologische gegevens en/of studies,
- de klinische en gezondheidseconomische studies. Deze studies zijn bij voorkeur gepubliceerd; indien deze studies evenwel niet werden gepubliceerd, worden ook voor publicatie aanvaarde studies en volledige studierapporten aanvaard.

Art. 27. § 1. Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de aanvraag tot opname bedoeld in artikel 26 binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 1°.

Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot opname en van de datum van ontvankelijkheid ervan, waarna de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

§ 2. Indien de aanvraag tot opname niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager binnen de vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 1°, met de vermelding van de ontbrekende elementen.

De aanvrager beschikt over de termijn van twintig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 2°, na de ontvangst van deze vermelding om de ontbrekende elementen over te maken aan het secretariaat.

§ 3. De termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 3°, begint te lopen na ontvangst door het secretariaat van de ontbrekende elementen.

Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de vervulde aanvraag tot opname binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 3°.

§ 4. Het secretariaat geeft de aanvrager kennis van datum van de ontvankelijkheid, waarna de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

§ 5. Indien de aanvrager de ontbrekende elementen niet of laattijdig overmaakt aan het secretariaat, wordt de aanvraag tot opname afgesloten door het secretariaat.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

§ 6. Indien het secretariaat binnen de termijn bedoeld in § 1 en in voorkomend geval § 3, geen beslissing heeft genomen met betrekking tot de ontvankelijkheid van de aanvraag, wordt de aanvraag tot opname geacht ontvankelijk te zijn, waarna de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

Art. 28. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundigen van de Dienst of indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid voor de evaluatie van de aanvraag tot opname.

Art. 29. § 1. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en), aan het secretariaat uiterlijk binnen de honderd dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 1, 4° bedoelde termijn van honderd tachtig dagen.

Het beoordelingsrapport maakt, in voorkomend geval, melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, om de evaluatie van de aanvraag tot opname door de Commissie te kunnen afronden.

§ 2. Het secretariaat maakt het beoordelingsrapport over aan de aanvrager.

§ 3. Na ontvangst door de aanvrager van het beoordelingsrapport, waarin melding wordt gemaakt van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, wordt de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen geschorst.

Deze periode van schorsing loopt tot de ontvangst op het secretariaat van de bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager, met dien verstande dat de periode van schorsing niet meer dan negentig dagen mag bedragen.

§ 4. Na ontvangst door de aanvrager van het beoordelingsrapport, waarin geen melding wordt gemaakt van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, beschikt de aanvrager evenwel over de mogelijkheid opmerkingen of bezwaren over te maken aan het secretariaat, en dit binnen een termijn van tien dagen van ontvangst van het beoordelingsrapport.

8° une justification de la valeur thérapeutique, accompagnée :

- des motivations scientifiques,
- des données et/ou études épidémiologiques,
- des études cliniques et des études économico-sanitaires. Ces études ont de préférence été publiées; si ces études n'avaient toutefois pas été publiées, sont également admis les études acceptées pour publication ainsi que les rapports d'études complets.

Art. 27. § 1^{er}. Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande d'inscription visée à l'article 26 dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 1°.

Le secrétariat communique au demandeur la date de réception de la demande d'inscription ainsi que la date de sa recevabilité à partir de laquelle le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 2. Si la demande d'inscription est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 1°, en mentionnant les éléments manquants.

Le demandeur dispose du délai de vingt jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 2°, après réception de cette information pour faire parvenir les éléments manquants au secrétariat.

§ 3. Le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 3°, commence à courir après réception des éléments manquants par le secrétariat.

Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande d'inscription complétée dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1, 3°.

§ 4. Le secrétariat communique au demandeur la date de la recevabilité à partir de laquelle le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 5. Si le demandeur ne transmet pas ou transmet tardivement les éléments manquants au secrétariat, la demande d'inscription est clôturée par le secrétariat.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

§ 6. Si le secrétariat ne prend pas, dans le délai visé au § 1^{er} et le cas échéant au § 3, une décision quant à la recevabilité de la demande, la demande d'inscription est réputée être recevable et le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, commence à courir (jour 0).

Art. 28. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes, sont désignés pour l'évaluation de la demande d'inscription.

Art. 29. § 1^{er}. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé, qui est rédigé par le ou les experts, au plus tard dans les cent jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°.

Le rapport d'évaluation mentionne, le cas échéant, les éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du demandeur afin que l'évaluation de la demande d'inscription puisse être finalisée par la Commission.

§ 2. Le secrétariat transmet le rapport d'évaluation au demandeur.

§ 3. Le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, est suspendu après réception par le demandeur du rapport d'évaluation dans lequel il est fait mention des éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires de sa part sont nécessaires.

Cette période de suspension court jusqu'à la réception par le secrétariat des informations et éclaircissements complémentaires de la part du demandeur, étant entendu que la période de suspension ne peut pas excéder nonante jours.

§ 4. Après réception par le demandeur du rapport d'évaluation dans lequel il n'est pas fait mention d'éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires de sa part sont nécessaires, le demandeur a cependant la possibilité de transmettre des remarques ou objections au secrétariat, et ce dans un délai de dix jours après réception du rapport d'évaluation.

Art. 30. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel uit binnen de termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 4°, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd voorstel omvat een voorstel omtrent de toe te passen klasse, de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten.

Art. 31. § 1. In geval het gemotiveerd voorstel van de Commissie niet afwijkt van de aanvraag tot opname zoals bedoeld in artikel 25, brengt de Commissie dit voorstel uit bij wijze van een gemotiveerd definitief voorstel.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 2. Ingeval het gemotiveerd voorstel van de Commissie afwijkt van de aanvraag tot opname ingediend zoals bedoeld in artikel 25, brengt de Commissie een gemotiveerd voorlopig voorstel uit binnen een termijn die niet langer duurt dan honderd vijftig dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager overgemaakt waarna die over een termijn van tien dagen beschikt om hierop te reageren.

§ 3. De aanvrager kan het secretariaat binnen de termijn van tien dagen, bedoeld in § 2, tweede lid, meedelen dat hij over een langere termijn wenst te beschikken om zijn opmerkingen of bezwaren bij het gemotiveerd voorlopig voorstel over te maken.

In dit geval wordt de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen geschorst vanaf het verstrijken van deze termijn van tien dagen tot de plenaire zitting van de Commissie waarop dit dossier zal besproken worden, met dien verstande dat het dossier dient te worden besproken in een plenaire zitting van de Commissie binnen een termijn van vijftienvingstien dagen na ontvangst van de opmerkingen of bezwaren van de aanvrager en met dien verstande dat de reactie van de aanvrager binnen een termijn van negentig dagen na aanvang van de schorsing door het secretariaat ontvangen moet worden.

§ 4. Indien de aanvrager opmerkingen of bezwaren indient, onderzoekt de Commissie deze opmerkingen of bezwaren en brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit zoals bedoeld in § 1.

§ 5. Indien de aanvrager geen opmerkingen of bezwaren meer heeft gemaakt over het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie, wordt dit het gemotiveerd definitief voorstel.

§ 6. Het gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 32. § 1. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de termijn van zestig dagen bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

§ 2. Indien de Minister binnen de termijn van zestig dagen bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie geen gemotiveerde beslissing neemt, wordt de beslissing geacht in overeenstemming te zijn met het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 33. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de aanvrager hiervan op de hoogte.

De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing omtrent de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, nadat hij door de gemachtigde ambtenaar

Art. 30. La Commission émet, si possible, une proposition motivée dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée comporte une proposition concernant la classe applicable, la prestation et les modalités de remboursement.

Art. 31. § 1^{er}. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission ne s'écarte pas de la demande d'inscription visée à l'article 25, la Commission émet cette proposition sous forme d'une proposition motivée définitive.

Cette proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre dans un délai qui n'excède pas le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

§ 2. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission s'écarte de la demande d'inscription visée à l'article 25, la Commission émet une proposition motivée provisoire dans un délai qui n'excède pas cent cinquante jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée provisoire est transmise par le secrétariat au demandeur qui dispose d'un délai de dix jours pour réagir.

§ 3. Le demandeur peut, dans le délai de dix jours visé au § 2, alinéa 2, communiquer au secrétariat qu'il souhaite disposer d'un délai plus long pour formuler ses remarques ou objections sur la proposition motivée provisoire.

Dans ce cas, le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, est suspendu à compter de l'expiration de ce délai de dix jours jusqu'à la séance plénière de la Commission au cours de laquelle ce dossier sera discuté, étant entendu que le dossier doit être discuté en séance plénière de la Commission dans un délai de vingt-cinq jours à compter de la réception des remarques ou objections du demandeur et, étant entendu que la réaction du demandeur doit parvenir au secrétariat de la Commission dans un délai de nonante jours après le début de suspension.

§ 4. Si le demandeur formule des remarques ou des objections, la Commission les examine et émet, si possible, une proposition motivée définitive comme prévu au § 1^{er}.

§ 5. Si le demandeur n'a plus fait ni de remarques ni d'objections sur la proposition motivée provisoire de la Commission, la proposition motivée provisoire devient définitive.

§ 6. La proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre dans un délai qui n'excède pas le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 32. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

§ 2. A défaut d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission, la décision est réputée être en conformité avec la proposition motivée définitive de la Commission.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Art. 33. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le demandeur.

Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la prestation et les modalités de remboursement dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué

op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 34. De gemotiveerde beslissing over de aanvraag tot opname wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de aanvrager binnen de in artikel 4, § 1, 5°, voorziene termijn van zestig dagen.

Art. 35. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen en indien de Minister evenmin een gemotiveerde beslissing heeft genomen binnen de termijn van zestig dagen na de termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 4°, wordt de aanvraag tot opname geacht te zijn aanvaard.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Deze kennisgeving bevat het meest recente voorstel tot opname vanwege de aanvrager in de zin van artikel 12.

Onderafdeling 2. — Aanvraag tot wijziging

Art. 36. De aanvraag tot wijziging van de verstrekking en/of vergoedingsmodaliteiten in de lijst, bedoeld in artikel 24, wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat.

Art. 37. In geval van een aanvraag tot wijziging, worden de volgende gegevens verstrekt door middel van het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 :

1° de identificatie van de aanvrager (benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut);

2° de naam en de referentienummers van het implantaat of het hulpmiddel voor langdurig gebruik en de notificatiecode(s);

3° de bestaande verstrekking en vergoedingsmodaliteiten;

4° een omstandige beschrijving van het implantaat of hulpmiddel voor langdurig gebruik;

5° de verkoopprijs, de verkoopprijs van toepassing in andere lidstaten van de Europese Unie en, in voorkomend geval, een bewijs van prijsvaststelling afgeleverd door de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, of bij ontbreken hiervan een bewijs van indiening van een aanvraag met de verplichting het bewijs van prijsvaststelling aan de aanvraag toe te voegen van zodra het beschikbaar is;

6° de gebruiksaanwijzing;

7° de conformiteitsverklaring en de vereiste certificaten in verband met de CE- markering;

8° een voorstel betreffende de wijziging van verstrekking en/of de vergoedingsmodaliteiten;

9° een verantwoording van de therapeutische waarde, vergezeld van :

- de wetenschappelijke motiveringen,

- epidemiologische gegevens en/of studies,

- de klinische en eventueel de gezondheidseconomische studies. Deze studies zijn bij voorkeur gepubliceerd; indien deze studies evenwel niet werden gepubliceerd, worden ook voor publicatie aanvaarde studies en volledige studierapporten aanvaard.

Art. 38. § 1. Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de aanvraag tot wijziging zoals bedoeld in artikel 24 binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 1°.

Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot wijziging en van de datum van ontvankelijkheid ervan, waarna de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

§ 2. Indien de aanvraag tot wijziging niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager binnen de vijftienveertig dagen bedoeld in artikel 4, § 1, 1°, met de vermelding van de ontbrekende elementen.

De aanvrager beschikt over de termijn van twintig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 2°, na de ontvangst van deze vermelding van de ontbrekende elementen om deze over te maken aan het secretariaat.

§ 3. De termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 3°, begint te lopen na ontvangst door het secretariaat van de ontbrekende elementen.

Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de vervulde aanvraag tot wijziging binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 3°.

de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 34. La décision motivée concernant la demande d'inscription est communiquée au demandeur par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°.

Art. 35. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, et d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours qui suit le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, la demande d'inscription est réputée avoir été acceptée.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Cette communication contient la proposition la plus récente d'inscription de la part du demandeur au sens de l'article 12.

Sous-section 2. — Demande de modification

Art. 36. La demande de modification de la prestation et/ou des modalités de remboursement de la liste, visée à l'article 24, est adressée par le demandeur au secrétariat.

Art. 37. En cas de demande de modification, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

1° l'identification du demandeur (dénomination, siège social, numéro d'entreprise, statut juridique);

2° le nom et les numéros de référence de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme ainsi que le(s) code(s) de notification;

3° la prestation et les modalités de remboursement existantes;

4° une description détaillée de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme;

5° le prix de vente, le prix de vente en application dans d'autres Etats membres de l'Union européenne; et, le cas échéant, une preuve de la fixation du prix délivrée par le Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie ou, à défaut, la preuve de l'introduction d'une demande avec l'obligation de joindre à la demande la preuve de la fixation de prix dès qu'elle est disponible;

6° le mode d'emploi;

7° la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE;

8° une proposition concernant la modification de la prestation et/ou des modalités de remboursement;

9° une justification de la valeur thérapeutique, accompagnée :

- des motivations scientifiques,

- des données et/ou études épidémiologiques,

- des études cliniques et éventuellement des études économico-sanitaires. Ces études ont de préférence été publiées; si ces études n'avaient toutefois pas été publiées, sont également admis les études acceptées pour publication ainsi que les rapports d'études complets.

Art. 38. § 1^{er}. Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de modification visée à l'article 24 dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 1°.

Le secrétariat communique au demandeur la date de réception de la demande de modification ainsi que la date de sa recevabilité à partir de laquelle le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 2. Si la demande de modification est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 1°, en mentionnant les éléments manquants.

Le demandeur dispose du délai de vingt jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 2°, après réception de cette information pour faire parvenir les éléments manquants au secrétariat.

§ 3. Le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 3°, commence à courir après réception des éléments manquants par le secrétariat.

Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de modification complétée dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 3°.

§ 4. Het secretariaat geeft de aanvrager kennis van de datum van de ontvankelijkheid, waarna de in artikel 4, § 1, 4^o, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

§ 5. Indien de aanvrager de ontbrekende elementen niet of laattijdig overmaakt aan het secretariaat, wordt de aanvraag tot wijziging afgesloten door het secretariaat.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

§ 6. Indien het secretariaat binnen de termijn bedoeld in § 1 en in voorkomend geval § 3, geen beslissing heeft genomen met betrekking tot de ontvankelijkheid van de aanvraag, wordt de aanvraag tot wijziging geacht ontvankelijk te zijn, waarna de in artikel 4, § 1, 4^o, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

Art. 39. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundige(n) van de Dienst of, indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid voor de evaluatie van de aanvraag tot wijziging.

Art. 40. § 1. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en), aan het secretariaat uiterlijk binnen de honderd dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 1, 4^o, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen.

Het beoordelingsrapport maakt, in voorkomend geval, melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, om de evaluatie van de aanvraag tot aanwijzing door de Commissie te kunnen afronden.

§ 2. Het secretariaat maakt het beoordelingsrapport over aan de aanvrager.

§ 3. Na ontvangst door de aanvrager van het beoordelingsrapport, waarin melding wordt gemaakt van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, wordt de in artikel 4, § 1, 4^o, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen geschorst.

Deze periode van schorsing loopt tot de ontvangst op het secretariaat van de bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager, met dien verstande dat de periode van schorsing niet meer dan negentig dagen mag bedragen.

§ 4. Na ontvangst door de aanvrager van het beoordelingsrapport, waarin geen melding wordt gemaakt van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, beschikt de aanvrager evenwel over de mogelijkheid opmerkingen of bezwaren over te maken aan het secretariaat, en dit binnen een termijn van tien dagen na ontvangst van het beoordelingsrapport.

Art. 41. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel uit binnen een termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 4^o, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd voorstel omvat een voorstel omtrent de toe te passen klasse, de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten.

Art. 42. § 1. In geval het gemotiveerd voorstel van de Commissie niet afwijkt van de aanvraag tot wijziging, zoals bedoeld in artikel 36, brengt de Commissie dit voorstel uit bij wijze van een gemotiveerd definitief voorstel.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat aan de Minister overgemaakt binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 1, 4^o, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 2. Ingeval het gemotiveerd voorstel van de Commissie afwijkt van de aanvraag tot wijziging ingediend door de aanvrager, brengt de Commissie een gemotiveerd voorlopig voorstel uit binnen een termijn die niet langer duurt dan honderd vijftig dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 1, 4^o, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager overgemaakt waarna die over een termijn van tien dagen beschikt om hierop te reageren.

§ 3. De aanvrager kan het secretariaat binnen de termijn van tien dagen, bedoeld in § 2 tweede lid, meedelen dat hij over een langere termijn wenst te beschikken om zijn opmerkingen of bezwaren bij het gemotiveerd voorlopig voorstel over te maken.

§ 4. Le secrétariat communique au demandeur la date de la recevabilité à partir de laquelle le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, commence à courir (jour 0).

§ 5. Si le demandeur ne transmet pas ou transmet tardivement les éléments manquants au secrétariat, la demande de modification est clôturée par le secrétariat.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

§ 6. Si le secrétariat ne prend pas, dans le délai visé au § 1^{er} et le cas échéant au § 3, une décision quant à la recevabilité de la demande, la demande de modification est réputée être recevable et le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, commence à courir (jour 0).

Art. 39. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes, sont désignés pour l'évaluation de la demande de modification.

Art. 40. § 1^{er}. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé, qui est rédigé par le ou les experts au plus tard dans les cent jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o.

Le rapport d'évaluation mentionne, le cas échéant, les éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du demandeur afin que l'évaluation de la demande de modification puisse être finalisée par la Commission.

§ 2. Le secrétariat transmet le rapport d'évaluation au demandeur.

§ 3. Le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, est suspendu après réception par le demandeur du rapport d'évaluation dans lequel il est fait mention des éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires de sa part sont nécessaires.

Cette période de suspension court jusqu'à la réception par le secrétariat des informations et éclaircissements complémentaires de la part du demandeur, étant entendu que la période de suspension ne peut pas excéder nonante jours.

§ 4. Après réception par le demandeur du rapport d'évaluation dans lequel il n'est pas fait mention d'éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires de sa part sont nécessaires, le demandeur a cependant la possibilité de transmettre des remarques ou des objections au secrétariat, et ce dans un délai de dix jours après réception du rapport d'évaluation.

Art. 41. La Commission émet, si possible, une proposition motivée dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée comporte une proposition concernant la classe applicable, la prestation et les modalités de remboursement.

Art. 42. § 1^{er}. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission ne s'écarte pas de la demande de modification visée à l'article 36, la Commission émet cette proposition sous forme d'une proposition motivée définitive.

Cette proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre dans un délai qui n'excède pas le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

§ 2. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission s'écarte de la demande de modification introduite par le demandeur, la Commission émet une proposition motivée provisoire dans un délai qui n'excède pas cent cinquante jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée provisoire est transmise par le secrétariat au demandeur qui dispose d'un délai de dix jours pour réagir.

§ 3. Le demandeur peut, dans le délai de dix jours visé au § 2, alinéa 2, communiquer au secrétariat qu'il souhaite disposer d'un délai plus long pour formuler ses remarques ou objections sur la proposition motivée provisoire.

In dit geval wordt de in artikel 4, § 1, 4^o, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen geschorst vanaf het verstrijken van deze termijn van tien dagen tot de plenaire zitting van de Commissie waarop dit dossier zal besproken worden, met dien verstande dat het dossier dient te worden besproken in een plenaire zitting van de Commissie binnen een termijn van vijftientig dagen na ontvangst van de opmerkingen of bezwaren van de aanvrager en met dien verstande dat de reactie van de aanvrager binnen een termijn van negentig dagen na aanvang van de schorsing door het secretariaat ontvangen moet worden.

§ 4. Indien de aanvrager opmerkingen of bezwaren indient, onderzoekt de Commissie deze opmerkingen of bezwaren en brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit zoals bedoeld in § 1.

§ 5. Indien de aanvrager geen opmerkingen of bezwaren meer heeft gemaakt over het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie, wordt dit het gemotiveerd definitief voorstel.

§ 6. Het gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 1, 4^o, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 43. § 1. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5^o, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

§ 2. Indien de Minister binnen de termijn van zestig dagen bedoeld in artikel 4, § 1, 5^o, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie geen gemotiveerde beslissing neemt, wordt de beslissing geacht in overeenstemming te zijn met het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 44. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 1, 4^o, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de aanvrager hiervan op de hoogte.

De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing omtrent de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5^o, nadat de Minister door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 45. De gemotiveerde beslissing over de aanvraag tot wijziging wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de aanvrager binnen de in artikel 4, § 1, 5^o, voorziene termijn van zestig dagen.

Art. 46. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 1, 4^o, voorziene termijn van honderd tachtig dagen en indien de Minister evenmin een gemotiveerde beslissing heeft genomen binnen de termijn van zestig dagen na de termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 4^o, wordt de aanvraag tot wijziging geacht te zijn aanvaard.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Deze kennisgeving bevat het meest recente voorstel tot wijziging van de verstrekking en/of vergoedingsmodaliteiten vanwege de aanvrager zoals bedoeld in artikel 12.

Onderafdeling 3. — Aanvraag tot schrapping

Art. 47. De aanvraag tot schrapping van een verstrekking van de lijst zoals bedoeld in artikel 24, wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat.

Art. 48. In geval van een aanvraag tot schrapping, worden de volgende gegevens verstrekt overeenkomstig het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 :

- 1^o de verstrekking waarvan de schrapping wordt gevraagd;
- 2^o de verantwoording van de schrapping;

Dans ce cas, le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, est suspendu à compter de l'expiration de ce délai de dix jours jusqu'à la séance plénière de la Commission au cours de laquelle ce dossier sera discuté, étant entendu que le dossier doit être discuté en séance plénière de la Commission dans un délai de vingt-cinq jours à compter de la réception des remarques ou objections du demandeur et, étant entendu que la réaction du demandeur doit parvenir au secrétariat de la Commission dans un délai de nonante jours après le début de suspension.

§ 4. Si le demandeur formule des remarques ou objections, la Commission les examine et émet, si possible, une proposition motivée définitive comme prévu au § 1^{er}.

§ 5. Si le demandeur n'a plus fait ni de remarques ni d'objections sur la proposition motivée provisoire de la Commission, la proposition motivée provisoire devient définitive.

§ 6. La proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre dans un délai qui n'excède pas le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 43. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5^o, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

§ 2. A défaut d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5^o, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission, la décision est réputée être en conformité avec la proposition motivée définitive de la Commission.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Art. 44. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, compte tenu des périodes de suspension éventuelles, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le demandeur.

Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la prestation et les modalités de remboursement dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5^o, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 45. La décision motivée concernant la demande de modification est communiquée au demandeur par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui, dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5^o.

Art. 46. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, et d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours qui suit le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4^o, la demande de modification est réputée avoir été acceptée.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Cette communication contient la proposition la plus récente de modification de la prestation et/ou des modalités de remboursement de la part du demandeur, au sens de l'article 12.

Sous-section 3. — Demande de suppression

Art. 47. La demande de suppression de la liste d'une prestation visée à l'article 24 est adressée par le demandeur au secrétariat.

Art. 48. En cas de demande de suppression, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

- 1^o la prestation dont la suppression est demandée;
- 2^o la justification de la suppression;

3° de notificatiecodes en, indien het hulpmiddel op initiatief van de aanvrager uit de handel wordt genomen, het bewijs dat de schrapping van de notificatiecodes werd aangevraagd.

Art. 49. § 1. Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de aanvraag tot schrapping bedoeld in artikel 47 binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 1°.

Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot schrapping en van de datum van ontvankelijkheid ervan, waarna de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

§ 2. Indien de aanvraag tot schrapping niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager binnen de vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 1°, met de vermelding van de ontbrekende elementen.

De aanvrager beschikt over de termijn van twintig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 2°, na ontvangst van de vermelding van de ontbrekende elementen om deze over te maken aan het secretariaat.

§ 3. De termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 3°, begint te lopen na ontvangst door het secretariaat van de ontbrekende elementen.

Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de vervolgdigde aanvraag tot schrapping binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 3°.

§ 4. Het secretariaat geeft de aanvrager kennis van de datum van de ontvankelijkheid, waarna de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

§ 5. Indien de aanvrager de ontbrekende elementen niet of laattijdig overmaakt aan het secretariaat, wordt de aanvraag tot schrapping afgesloten door het secretariaat.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

§ 6. Indien het secretariaat binnen de termijn bedoeld in § 1 en in voorkomend geval § 3, geen beslissing heeft genomen met betrekking tot de ontvankelijkheid van de aanvraag, wordt de aanvraag tot schrapping geacht ontvankelijk te zijn, waarna de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

Art. 50. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundige(n) van de Dienst of, indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid voor de evaluatie van de aanvraag tot schrapping.

Art. 51. § 1. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en), aan het secretariaat uiterlijk binnen de honderd dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen.

Het beoordelingsrapport maakt, in voorkomend geval, melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, om de evaluatie van de aanvraag tot schrapping door de Commissie te kunnen afronden.

§ 2. Het secretariaat maakt het beoordelingsrapport over aan de aanvrager.

§ 3. Na ontvangst door de aanvrager van het beoordelingsrapport, waarin melding wordt gemaakt van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, wordt de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen geschorst.

Deze periode van schorsing loopt tot de ontvangst op het secretariaat van de bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager, met dien verstande dat de periode van schorsing niet meer dan negentig dagen mag bedragen.

§ 4. Na ontvangst door de aanvrager van het beoordelingsrapport, waarin geen melding wordt gemaakt van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, beschikt de aanvrager evenwel over de mogelijkheid opmerkingen of bezwaren over te maken aan het secretariaat, en dit binnen een termijn van tien dagen na ontvangst van het beoordelingsrapport.

Art. 52. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit binnen de termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 4°, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister binnen een termijn die niet langer duurt dan in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met eventuele periodes van schorsing.

3° les codes de notification et, lorsque le dispositif est retiré du marché à l'initiative du demandeur, la preuve que la suppression des codes de notification a été demandée.

Art. 49. § 1^{er}. Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de suppression visée à l'article 47 dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 1°.

Le secrétariat communique au demandeur la date de réception de la demande de suppression ainsi que la date de sa recevabilité à partir de laquelle le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 2. Si la demande de suppression est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 1°, en mentionnant les éléments manquants.

Le demandeur dispose du délai de vingt jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 2°, après réception de cette information pour faire parvenir les éléments manquants au secrétariat.

§ 3. Le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 3°, commence à courir après réception des éléments manquants par le secrétariat.

Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de suppression complétée dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 3°.

§ 4. Le secrétariat communique au demandeur la date de la recevabilité à partir de laquelle le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 5. Si le demandeur ne transmet pas ou transmet tardivement les éléments manquants au secrétariat, la demande de suppression est clôturée par le secrétariat.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

§ 6. Si le secrétariat ne prend pas, dans le délai visé au § 1^{er} et le cas échéant au § 3, une décision quant à la recevabilité de la demande, la demande de suppression est réputée être recevable et le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, commence à courir (jour 0).

Art. 50. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes, sont désignés pour l'évaluation de la demande de suppression.

Art. 51. § 1^{er}. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé, qui est rédigé par le ou les experts au plus tard dans les cent jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°.

Le rapport d'évaluation mentionne, le cas échéant, les éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du demandeur afin que l'évaluation de la demande de suppression puisse être finalisée par la Commission.

§ 2. Le secrétariat transmet le rapport d'évaluation au demandeur.

§ 3. Le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, est suspendu après réception par le demandeur du rapport d'évaluation dans lequel il est fait mention des éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires de sa part sont nécessaires.

Cette période de suspension court jusqu'à la réception par le secrétariat des informations et éclaircissements complémentaires de la part du demandeur, étant entendu que la période de suspension ne peut pas excéder nonante jours.

§ 4. Après réception par le demandeur du rapport d'évaluation dans lequel il n'est pas fait mention d'éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires de sa part sont nécessaires, le demandeur a cependant la possibilité de transmettre des remarques ou objections au secrétariat, et ce dans un délai de dix jours après réception du rapport d'évaluation.

Art. 52. La Commission émet, si possible, une proposition motivée dans le délai de cent quatre-vingt jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre dans un délai qui n'excède pas le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 53. § 1. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

Overeenkomstig artikel 75bis, § 3, van de wet kan de Minister om redenen van volksgezondheid of van sociale bescherming de aanvraag tot schrapping weigeren.

§ 2. Indien de Minister binnen de termijn van zestig dagen bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie geen gemotiveerde beslissing neemt, wordt de beslissing geacht in overeenstemming te zijn met het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 54. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de aanvrager hiervan op de hoogte.

De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing omtrent de aanvraag tot schrapping binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 55. De gemotiveerde beslissing over de aanvraag tot schrapping wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de aanvrager, binnen de in artikel 4, § 1, 5°, voorziene termijn van zestig dagen.

Art. 56. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen en indien de Minister evenmin een gemotiveerde beslissing heeft genomen binnen een termijn van zestig dagen na de termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 4°, wordt de aanvraag tot schrapping geacht te zijn aanvaard.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Deze kennisgeving bevat het meest recente voorstel tot schrapping vanwege de aanvrager, zoals bedoeld in artikel 12.

Onderafdeling 4. — Beperkte klinische toepassing

Art. 57. Indien de Commissie, in het kader van een aanvraag tot aanpassing in de zin van artikelen 25 en 36 van oordeel is dat deze aanvraag tot aanpassing kadert in een innovatieve technologie waarover er nog onzekerheid bestaat of de techniek een meerwaarde biedt tegenover de bestaande therapeutische alternatieven kan zij binnen een termijn die niet langer duurt dan honderd dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, aan de aanvrager een tijdelijke vergoeding voorstellen in het kader van een beperkte klinische toepassing overeenkomstig de bepalingen van artikel 35septies/2, § 7, van de wet.

Art. 58. § 1. De Commissie bezorgt aan het secretariaat, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en) bedoeld in artikelen 28 en 39, en dit uiterlijk binnen de honderd dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen.

Dit beoordelingsrapport maakt melding van de wetenschappelijke motieven die een eventuele tijdelijke vergoeding in kader van een beperkte klinische toepassing verantwoorden.

Het beoordelingsrapport maakt, in voorkomend geval, melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, om de evaluatie van de aanvraag tot aanpassing door de Commissie te kunnen afronden.

§ 2. Het secretariaat maakt het beoordelingsrapport over aan de aanvrager.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 53. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

Conformément à l'article 75bis, § 3, de la loi, le Ministre peut pour des raisons de santé publique ou de protection sociale, rejeter la demande de suppression.

§ 2. A défaut d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission, la décision est réputée être en conformité avec la proposition motivée définitive de la Commission.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Art. 54. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le demandeur.

Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la demande de suppression, dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 55. La décision motivée concernant la demande de suppression, est communiquée au demandeur par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°.

Art. 56. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, et d'une décision motivée du Ministre dans un délai de soixante jours qui suit le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, la demande de suppression est réputée avoir été acceptée.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Cette communication comprend la proposition la plus récente de suppression de la part du demandeur, au sens de l'article 12.

Sous-section 4. — Application clinique limitée

Art. 57. Si la Commission, dans le cadre d'une demande d'adaptation au sens des articles 25 et 36, estime que cette demande d'adaptation s'inscrit dans le cadre d'une technologie innovante à propos de laquelle il existe encore une incertitude quant à la plus-value offerte par cette technique par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes, elle peut proposer au demandeur, dans un délai qui ne dépasse pas les cent jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, un remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée, conformément aux dispositions de l'article 35septies/2, § 7, de la loi.

Art. 58. § 1^{er}. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé, qui est rédigé par le ou les experts visés à l'article 28 et 39 au plus tard dans les cent jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°.

Ce rapport d'évaluation mentionne les motifs scientifiques qui justifient un remboursement temporaire éventuel dans le cadre d'une application clinique limitée.

Le rapport d'évaluation mentionne, le cas échéant, les éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du demandeur afin que l'évaluation de la demande d'adaptation puisse être finalisée par la Commission.

§ 2. Le secrétariat transmet le rapport d'évaluation au demandeur.

§ 3. Na ontvangst door de aanvrager van het beoordelingsrapport, met de melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking door de aanvrager nodig is, wordt de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen geschorst.

Deze periode van schorsing loopt tot de ontvangst op het secretariaat van de bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager, met dien verstande dat de periode van schorsing niet meer dan negentig dagen mag bedragen.

§ 4. Na ontvangst door de aanvrager van het beoordelingsrapport, zonder melding van elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, beschikt de aanvrager evenwel over de mogelijkheid opmerkingen of bezwaren over te maken aan het secretariaat, en dit binnen een termijn van tien dagen na ontvangst van het beoordelingsrapport.

Art. 59. § 1. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel uit over de tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing binnen een termijn van honderd vijftig dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd voorstel omvat een voorstel omtrent de vereiste analyse, de toe te passen klasse, verstrekking en vergoedingsmodaliteiten.

§ 2. De in § 1 bedoelde termijn kan door de Commissie worden geschorst met maximum negentig dagen.

Art. 60. In geval het gemotiveerd voorstel van de Commissie niet afwijkt van de aanvraag tot aanpassing zoals bedoeld in artikel 25 of 36, brengt de Commissie dit voorstel uit bij wijze van een gemotiveerd definitief voorstel.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 61. § 1. Ingeval het gemotiveerd voorstel van de Commissie afwijkt van de aanvraag tot aanpassing zoals bedoeld in artikel 25 of 36, brengt de Commissie een gemotiveerd voorlopig voorstel uit binnen een termijn die niet langer duurt dan honderd vijftig dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager overgemaakt waarna deze over een termijn van tien dagen beschikt om hierop te reageren.

§ 2. De aanvrager kan het secretariaat binnen deze termijn van tien dagen bedoeld in § 1, tweede lid, meedelen dat hij over een langere termijn wenst te beschikken om zijn opmerkingen of bezwaren bij het gemotiveerd voorlopig voorstel over te maken.

In dit geval wordt de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen geschorst vanaf het verstrijken van deze termijn van tien dagen tot de plenaire zitting van de Commissie waarop dit dossier zal besproken worden, met dien verstande dat het dossier dient te worden besproken in een plenaire zitting van de Commissie binnen een termijn van vijftientig dagen na ontvangst van de opmerkingen of bezwaren van de aanvrager en met dien verstande dat de reactie van de aanvrager binnen een termijn van negentig dagen na aanvang van de schorsing door het secretariaat ontvangen moet worden.

§ 3. Indien de aanvrager opmerkingen of bezwaren indient, onderzoekt de Commissie deze opmerkingen of bezwaren en brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit zoals bedoeld in artikel 60.

In dit geval kan de Commissie de periode van honderd tachtig dagen bedoeld in artikel 4, § 1, 4°, met negentig dagen schorsen.

§ 4. Indien de aanvrager geen opmerkingen of bezwaren meer heeft gemaakt over het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie, wordt dit het gemotiveerd definitief voorstel.

§ 5. Het gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 3. Le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, est suspendu après réception par le demandeur du rapport d'évaluation dans lequel il est fait mention des éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires de sa part sont nécessaires.

Cette période de suspension court jusqu'à la réception, par le secrétariat, des informations et éclaircissements complémentaires de la part du demandeur, étant entendu que la période de suspension ne peut pas excéder nonante jours.

§ 4. Après réception, par le demandeur, du rapport d'évaluation dans lequel il n'est pas fait mention d'éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires de sa part sont nécessaires, le demandeur a cependant la possibilité de transmettre des remarques ou objections au secrétariat, et ce dans un délai de dix jours après réception du rapport d'évaluation.

Art. 59. § 1^{er}. La Commission émet, si possible, une proposition motivée sur le remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée dans un délai de cent cinquante jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée comporte une proposition concernant l'analyse exigée, la classe applicable, la prestation et les modalités de remboursement.

§ 2. Le délai visé au § 1^{er} peut être suspendu par la Commission pendant une période de nonante jours maximum.

Art. 60. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission ne s'écarte pas de la demande d'adaptation, visée aux articles 25 ou 36, la Commission émet cette proposition sous forme d'une proposition motivée définitive.

Cette proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre dans un délai qui n'excède pas le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 61. § 1^{er}. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission s'écarte de la demande d'adaptation visée aux articles 25 ou 36, la Commission émet une proposition motivée provisoire dans un délai qui n'excède pas cent cinquante jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée provisoire est transmise par le secrétariat au demandeur qui dispose d'un délai de dix jours pour réagir.

§ 2. Le demandeur peut, dans le délai de dix jours visé au § 1^{er}, alinéa 2, communiquer au secrétariat qu'il souhaite disposer d'un délai plus long pour formuler ses remarques ou objections sur la proposition motivée provisoire.

Dans ce cas, le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, est suspendu à compter de l'expiration de ce délai de dix jours jusqu'à la séance plénière de la Commission au cours de laquelle ce dossier sera discuté, étant entendu que le dossier doit être discuté en séance plénière de la Commission dans un délai de vingt-cinq jours à compter de la réception des remarques ou objections du demandeur et, étant entendu que la réaction du demandeur doit parvenir au secrétariat de la Commission dans un délai de nonante jours après le début de suspension.

§ 3. Si le demandeur formule des remarques ou objections, la Commission les examine et émet, si possible, une proposition motivée définitive comme prévu à l'article 60.

Dans ce cas, la Commission peut suspendre la période de cent quatre-vingts jours visée à l'article 4, § 1^{er}, 4°, de nonante jours.

§ 4. Si le demandeur n'a plus fait ni de remarques ni d'objections sur la proposition motivée provisoire de la Commission, la proposition motivée provisoire devient définitive.

§ 5. La proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre dans un délai qui n'excède pas le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 62. § 1. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

§ 2. Indien de Minister binnen de termijn van zestig dagen bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie geen gemotiveerde beslissing neemt, wordt de beslissing geacht in overeenstemming te zijn met het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 63. § 1. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 1, 4°, bedoelde termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de aanvrager hiervan op de hoogte.

Vanaf ontvangst van deze informatie, overeenkomstig artikel 35septies/2, § 7, derde lid, van de wet, kan de aanvrager, voordat de Minister een beslissing neemt, aan de Minister zijn wens kenbaar maken een contract met het Instituut af te sluiten.

Een dergelijk contract wordt vastgesteld overeenkomstig bepalingen opgenomen in de onderafdeling 5 van de huidige afdeling.

§ 2. Onder voorbehoud van toepassing van de bepalingen bedoeld in § 1, neemt de Minister, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing omtrent de tijdelijke vergoeding van de verstrekking, de toe te passen vergoedingsmodaliteiten en de vereiste analyse binnen de in artikel 4, § 1, 5°, voorziene termijn van zestig dagen nadat de Minister door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 64. De gemotiveerde beslissing over de tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar aan de aanvrager en aan de betrokken verplegingsinrichtingen of gespecialiseerde centra ter kennis gegeven binnen de in artikel 4, § 1, 5°, voorziene termijn van zestig dagen.

Art. 65. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen en indien de Minister evenmin een gemotiveerde beslissing heeft genomen binnen de termijn van zestig dagen na de termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 4°, wordt de aanvraag tot aanpassing bedoeld in artikel 57 afgesloten door het secretariaat.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Onderafdeling 5. — Contract met het Instituut

Art. 66. De aanvrager kan overeenkomstig artikel 35septies/2, § 7, derde lid, van de wet, op eigen initiatief, aan de Minister zijn wens kenbaar maken een contract met het Instituut af te sluiten voor hulpmiddelen waarvoor de Commissie geen gemotiveerd definitief voorstel tot tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing heeft kunnen formuleren binnen de termijn bedoeld in artikel 35septies/2, § 5, eerste lid, van de wet.

Art. 67. § 1. De aanvrager richt zijn verzoek tot het afsluiten van een contract aan de Minister op eigen initiatief binnen de zeven dagen nadat hij door het secretariaat van de Commissie op de hoogte is gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel tot tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing binnen de termijn van honderd tachtig dagen, rekening houdend met eventuele periodes van schorsing, zoals bedoeld in artikel 35septies/2, § 5, eerste lid, van de wet.

Bij dit verzoek voegt hij de elementen die aantonen dat door het afsluiten van een eventueel contract de vragen en opmerkingen vermeld in het beoordelingsrapport die geleid hebben tot het opstellen van een beperkte klinische toepassing beantwoord worden, evenals een vraag tot opschorting van de termijn bedoeld in artikel 4, § 1, 5°.

Deze opschorting kan niet langer duren dan honderd vijftig dagen.

§ 2. De Minister beschikt over een termijn van zeven dagen na de aanvraag om de wenselijkheid van het afsluiten van een dergelijke contract te beoordelen en het Instituut van zijn beslissing op de hoogte te brengen.

Art. 62. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

§ 2. A défaut d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission, la décision est réputée être en conformité avec la proposition motivée définitive de la Commission.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Art. 63. § 1^{er}. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le demandeur.

Dès réception de cette information, conformément à l'article 35septies/2, § 7, alinéa 3, de la loi, le demandeur peut, avant que le Ministre ne prenne une décision, communiquer au Ministre son souhait de conclure un contrat avec l'Institut.

Un tel contrat est établi conformément aux dispositions reprises dans la sous-section 5 de la présente section.

§ 2. Sous réserve de l'application des dispositions visées au § 1^{er}, le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant le remboursement temporaire de la prestation, les modalités de remboursement applicables et l'analyse exigée dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 64. La décision motivée concernant le remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée est communiquée au demandeur et aux établissements hospitaliers ou centres spécialisés concernés par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°.

Art. 65. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, et d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours qui suit le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, la demande d'adaptation visée à l'article 57 est clôturée par le secrétariat.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Sous-section 5. — Contrat avec l'Institut

Art. 66. Le demandeur peut de sa propre initiative, conformément à l'article 35septies/2, § 7, alinéa 3, de la loi, communiquer au Ministre son souhait de conclure un contrat pour les dispositifs pour lesquels la Commission n'a pu formuler aucune proposition motivée définitive de remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée dans le délai visé à l'article 35septies/2, § 5, alinéa 1^{er}, de la loi.

Art. 67. § 1^{er}. Le demandeur adresse sa demande de conclusion d'un contrat au Ministre de sa propre initiative dans les sept jours après qu'il a été informé par le secrétariat de la Commission de l'absence de proposition motivée définitive de remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée dans le délai de cent quatre-vingt jours, compte tenu des périodes de suspension éventuelles, visé à l'article 35septies/2, § 5, alinéa 1^{er}, de la loi.

A cette demande, il joint les éléments qui démontrent que par la conclusion d'un éventuel contrat il est répondu aux demandes et remarques formulées dans le rapport d'évaluation menant à l'établissement d'une application clinique limitée, ainsi qu'une demande de suspension du délai visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°.

Cette suspension ne peut pas dépasser cent cinquante jours.

§ 2. Le Ministre dispose d'un délai de sept jours après réception de la demande pour évaluer l'opportunité de la conclusion d'un tel contrat et pour informer l'Institut de sa décision.

Hij brengt er tevens de aanvrager en de Commissie van op de hoogte.

Bij ontbreken van deze mededeling van de Minister aan het Instituut binnen de zeven dagen volgend op de ontvangst van het verzoek, wordt het akkoord van de Minister geacht gegeven te zijn.

§ 3. De termijn, bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, wordt opgeschort vanaf de dag van ontvangst van het verzoek door de Minister tot de dag van het afsluiten van het contract, of in voorkomend geval, tot de dag van de mededeling van de Minister aan het bedrijf niet te kunnen ingaan op haar verzoek.

§ 4. Indien de Minister het afsluiten van een contract wenselijk acht, wordt de aanvraag overgemaakt aan het Instituut.

Art. 68. § 1. Het Instituut organiseert een vergadering van een werkgroep met het oog op het opstellen van de tekst van het contract, onder voorzitterschap van de leidende ambtenaar van de Dienst voor de Geneeskundige Verzorging of van zijn vertegenwoordiger.

Deze werkgroep is samengesteld uit :

- a) een vertegenwoordiger van de Minister van Sociale Zaken;
- b) een vertegenwoordiger van de Minister die Begroting onder zijn bevoegdheden heeft;
- c) drie vertegenwoordigers en drie plaatsvervangende leden van de verzekeringsinstellingen, aangeduid door het Verzekeringscomité;
- d) twee vertegenwoordigers van de aanvrager;
- e) een vertegenwoordiger van de representatieve beroepsorganisaties van de industrie aangeduid door de aanvrager.

Aan de werkgroep wordt, in functie van het dossier, ook deelgenomen door een lid gekozen uit de leden van de Commissie bedoeld in art. 122*sexdecies*, § 1, 1°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Het Instituut verzekert het secretariaat van de werkgroep.

§ 2. De Inspecteur van Financiën wordt op de hoogte gehouden van de agenda's en de notulen van de vergaderingen van de werkgroep en kan deelnemen aan de vergaderingen van de werkgroep.

§ 3. De beslissing om een contract af te sluiten wordt genomen voor zover er het akkoord is van de Minister van Sociale Zaken, van de Minister die Begroting onder zijn bevoegdheden heeft na advies van de Inspecteur van Financiën, en van de aanvrager.

De andere leden van de werkgroep hebben een raadgevende stem over dit contract, die op hun vraag kan geformaliseerd worden in de notulen van de vergaderingen van de werkgroep.

Als de beslissing om een contract af te sluiten genomen wordt, wordt het contract afgesloten tussen de aanvrager en de Administrateur Generaal van het Instituut.

§ 4. Indien geen contract tussen de aanvrager en het Instituut kan worden afgesloten, brengt de Administrateur Generaal de Minister hiervan op de hoogte.

§ 5. Na het afsluiten van het contract of na de mededeling van de Administrateur Generaal van het Instituut dat geen contract kon worden opgemaakt, neemt de Minister een gemotiveerde beslissing over de wijziging van de lijst van de vergoedbare hulpmiddelen.

In voorkomend geval stuurt de Minister van Sociale Zaken een notificatie van een beslissing voor wijziging van de lijst naar de aanvrager na het tekenen van het contract tussen het Instituut en de aanvrager.

Deze beslissing wijkt niet af van de vergoedingsmodaliteiten voorzien in het contract.

§ 6. Het akkoord van de Minister die Begroting onder zijn bevoegdheden heeft bedoeld in § 3, eerste lid, geldt tevens als het akkoord bedoeld in artikel 5 van het koninklijk besluit van 16 november 1994 betreffende de administratieve- en begrotingscontrole, voor wat betreft het ministerieel besluit tot aanpassing van de lijst van hulpmiddelen.

§ 7. Een kopie van het contract wordt meegedeeld aan het secretariaat van de Commissie.

Het contract wordt via het netwerk Internet door het Instituut bekendgemaakt op het adres <http://www.riziv.be>

Art. 69. De contracten moeten minstens de volgende elementen bevatten :

- 1° De prijs en de vergoedingsbasis van het betrokken hulpmiddel;
- 2° De vergoedingsmodaliteiten voor het betrokken hulpmiddel;
- 3° De modaliteiten met betrekking tot de wetenschappelijke rapportering en evaluatie die door de aanvrager dienen te gebeuren tijdens de looptijd van het contract;

Il en informe également le demandeur et la Commission.

En l'absence de cette communication du Ministre à l'Institut dans les sept jours suivant la réception de la demande, l'accord du Ministre est censé être donné.

§ 3. Le délai visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, est suspendu à partir du jour de la réception de la demande par le Ministre jusqu'au jour de la conclusion du contrat ou, le cas échéant, jusqu'au jour de la communication par le Ministre au demandeur de ne pas donner suite à sa demande.

§ 4. Si le Ministre estime opportun de conclure un contrat, la demande est transmise à l'Institut.

Art. 68. § 1^{er}. L'Institut réunit un groupe de travail en vue de rédiger le texte du contrat, sous la présidence du fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé ou de son délégué.

Ce groupe de travail est constitué :

- a) d'un représentant du Ministre des Affaires sociales;
- b) d'un représentant du Ministre ayant le Budget dans ses attributions;
- c) de trois représentants et trois membres suppléants des organismes assureurs, désignés par le Comité de l'assurance;
- d) de deux représentants du demandeur;
- e) d'un représentant des associations professionnelles représentatives de l'industrie désigné par le demandeur.

Participe également à ce groupe de travail, en fonction du dossier, un membre choisi parmi les membres de la Commission visés à l'article 122*sexdecies*, § 1^{er}, 1°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

L'Institut assure le secrétariat du groupe de travail.

§ 2. L'Inspecteur des Finances est informé des agendas et procès-verbaux des réunions du groupe de travail et peut assister aux réunions du groupe de travail.

§ 3. La décision de conclure un contrat est prise pour autant qu'il y ait accord du Ministre des Affaires sociales, du Ministre ayant le Budget dans ses attributions après avis de l'Inspecteur des Finances, et du demandeur.

Les autres membres du groupe de travail ont une voix consultative sur ce contrat, qui peut à leur demande être formalisée dans le procès-verbal des réunions du groupe de travail.

Si la décision de conclure un contrat est prise, le contrat est conclu entre le demandeur et l'Administrateur général de l'Institut.

§ 4. Si un contrat entre le demandeur et l'Institut ne peut être conclu, l'Administrateur général de l'Institut en informe le Ministre.

§ 5. Après conclusion du contrat ou après la communication par l'Administrateur général de l'Institut qu'un contrat n'a pas pu être établi, le Ministre prend une décision motivée relative à la modification de la liste des dispositifs remboursables.

Le cas échéant, après signature du contrat entre l'Institut et le demandeur, le Ministre des Affaires sociales envoie une notification de décision de modification de la liste au demandeur.

Cette décision ne s'écarte pas des modalités de remboursement prévues dans le contrat.

§ 6. L'accord du Ministre ayant le Budget dans ses attributions visé au § 3, alinéa 1^{er}, vaut également l'accord visé à l'article 5 de l'arrêté royal du 16 novembre 1994 relatif au contrôle administratif et budgétaire relativement à l'arrêté ministériel modifiant la liste des dispositifs.

§ 7. Une copie du contrat est communiquée au secrétariat de la Commission.

Le contrat est publié via le réseau Internet par l'Institut à l'adresse <http://www.inami.be>

Art. 69. Les contrats doivent comporter au moins les éléments suivants :

- 1° Le prix et la base de remboursement du dispositif concerné;
- 2° Les modalités de remboursement pour le dispositif concerné;
- 3° les modalités relatives au rapport et à l'évaluation scientifiques qui doivent être déposés par le demandeur pendant la durée du contrat;

4° De mogelijke modaliteiten voor compensatie voor de budgettaire risico's, te wijten aan de voorgestelde vergoedingsbasis, en/of het ingeschatte volume van gebruik van het hulpmiddel, zijn de volgende :

a) ofwel storting aan het Instituut van een bedrag, overeenstemmend met het geheel of een gedeelte van het verschil tussen de voorziene uitgaven en de werkelijke uitgaven voor het betrokken hulpmiddel;

b) ofwel storting aan het Instituut van het verschil tussen de voorgestelde basis van tegemoetkoming en de waarde, overeenstemmend met de evaluatie van de criteria, bedoeld in artikel 16, voor de hulpmiddelen die vergoed werden in de loop van het contract.

De modaliteit bedoeld in eerste lid kan enkel gehanteerd worden in contracten voor hulpmiddelen waarvoor de therapeutische waarde is erkend, maar waarvan de voorgestelde basis van tegemoetkoming niet in verhouding wordt geacht ten opzichte van de evaluatie van de criteria, bedoeld in artikel 16;

c) ofwel elke andere modaliteit ten laste van de aanvrager die toelaat de uitgaven te beperken.

d) ofwel een combinatie van de modaliteiten zoals bedoeld onder punten a), b) of c).

5° De modaliteiten met betrekking tot de uitvoering van punt 4°;

6° De bepalingen in geval van het niet naleven van het contract;

7° De modaliteiten van in werking treden van het contract, de herziening van het contract voor de beëindiging ervan, en de eventuele verlenging van het contract.

Art. 70. De hulpmiddelen die ingeschreven worden op de lijst na het afsluiten van een contract, worden ingeschreven onder categorie H.

De inschrijving van deze hulpmiddelen geldt voor een periode van minimum één jaar en maximum drie jaar en kan periodiek hernieuwd worden in geval van een verlenging van het contract, tot de maximale duur van vijf jaar.

Art. 71. § 1. Ten vroegste zes maanden en ten laatste drie maanden vóór het verstrijken van het contract beoordeelt het Instituut, met de werkgroep die het contract heeft voorbereid, de elementen die door de aanvrager zijn aangebracht, overeenkomstig de bepalingen van het contract en onderzoekt de opportuniteit om :

a) ofwel het contract te verlengen, zonder deze te wijzigen;

b) ofwel het contract te verlengen en er wijzigingen in door te voeren;

c) ofwel aan de aanvrager voor te stellen een nieuwe aanvraag tot opname op de lijst in te dienen, overeenstemmend met de procedure voorzien in de onderafdeling 1. In dat geval en in afwijking van de maximale duur van vijf jaar voorzien in artikel 70, tweede lid, wordt het contract verlengd voor maximum één jaar. Het contract eindigt op het moment dat de aanpassing van de lijst van kracht wordt;

d) ofwel het contract te beëindigen en aan de Minister voor te stellen om het betrokken hulpmiddel te schrappen uit de lijst. De schrapping uit de lijst treedt dan in werking op de eerste dag volgend op het verstrijken van de voorlopige opname op de lijst.

§ 2. De beslissing om het contract al dan niet gewijzigd te verlengen wordt genomen voor zover er het akkoord is van de Minister van Sociale Zaken, van de Minister die Begroting onder zijn bevoegdheden heeft na advies van de Inspecteur van Financiën, en van de aanvrager.

De andere leden van de werkgroep hebben een raadgevende stem over deze beslissing, die op hun vraag kan geformaliseerd worden in de notulen van de vergaderingen van de werkgroep.

§ 3. Als de beslissing om het contract te verlengen wordt genomen, wordt het contract, al dan niet gewijzigd, afgesloten tussen de aanvrager en de Administrateur Generaal van het Instituut.,.

In voorkomend geval stuurt de Minister van Sociale Zaken een notificatie van de beslissing voor aanpassing van de lijst naar de aanvrager na het verlengen, of na het beëindigen van het contract.

Deze beslissing wijkt niet af van de vergoedingsmodaliteiten voorzien in het contract.

Het akkoord van de Minister die Begroting onder zijn bevoegdheden heeft bedoeld in het tweede lid geldt tevens als het akkoord bedoeld in artikel 5 van het koninklijk besluit van 16 november 1994 betreffende de administratieve- en begrotingscontrole, voor wat betreft het ministerieel besluit tot aanpassing van de lijst.

Afdeling 2. — Niet-termijn gebonden procedure

Art. 72. De procedure in deze afdeling is van toepassing op aanvragen tot aanpassing zoals bedoeld in artikel 15 met betrekking tot hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik en die worden gerangschikt in Klasse 1 of subklasse 2a zoals bedoeld in artikel 17.

4° Les modalités envisageables de compensation des risques budgétaires, liés à la base de remboursement du dispositif concernée et/ou au volume d'utilisation estimé, sont les suivantes :

a) soit versement à l'Institut d'un montant correspondant en tout ou en partie à la différence entre les dépenses prévues et les dépenses effectives pour le dispositif concerné;

b) soit versement à l'Institut de la différence entre la base de remboursement proposée et la valeur correspondant à l'évaluation des critères visés à l'article 16, pour les dispositifs remboursés au cours du contrat.

La modalité visée à l'alinéa 1^{er} ne peut être employée que dans des contrats concernant des dispositifs dont la valeur thérapeutique est reconnue, mais dont la base de remboursement proposée n'est pas considérée comme proportionnelle à l'évaluation des critères visés à l'article 16;

c) soit toute autre modalité à charge du demandeur qui permet de limiter les dépenses.

d) soit une combinaison des modalités visées sous a), b) ou c).

5° Les modalités relatives à l'exécution du point 4°;

6° Les dispositions en cas de non-respect du contrat;

7° Les modalités d'entrée en vigueur du contrat, de révision du contrat avant son terme, et de prolongation éventuelle du contrat.

Art. 70. Les dispositifs qui sont inscrits sur la liste après la conclusion d'un contrat, sont inscrits dans la catégorie H.

L'inscription de ces dispositifs est valable pour une période d'un an minimum et de trois ans maximum et peut être reconduite périodiquement en cas de prorogation du contrat jusqu'à la durée maximale de cinq ans.

Art. 71. § 1^{er}. Au plus tôt six mois et au plus tard trois mois avant l'expiration du contrat, l'Institut évalue, avec le groupe de travail qui a préparé le contrat, les éléments apportés par le demandeur conformément aux dispositions du contrat et examine l'opportunité :

a) soit de prolonger le contrat sans y apporter de modifications;

b) soit de prolonger le contrat en y apportant des modifications;

c) soit de proposer au demandeur d'introduire une nouvelle demande d'inscription sur la liste conformément à la procédure prévue dans la sous-section 1. Dans ce cas et par dérogation à la durée maximale de cinq ans prévue à l'article 70, alinéa 2, le contrat est reconduit pour un maximum d'un an. Le contrat prend fin au moment où l'adaptation de la liste est effective;

d) soit de mettre un terme au contrat et de proposer au Ministre de supprimer le dispositif concerné de la liste. La suppression de la liste entre alors en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration de l'inscription provisoire sur la liste.

§ 2. La décision de prolonger le contrat, modifié ou non, est prise pour autant qu'il y ait l'accord du Ministre des Affaires sociales, du Ministre ayant le Budget dans ses attributions après avis de l'Inspecteur des Finances, et du demandeur.

Les autres membres du groupe de travail ont une voix consultative sur cette décision, qui peut à leur demande être formalisée dans le procès verbal des réunions du groupe de travail.

§ 3. Si la décision de prolonger le contrat est prise, le contrat modifié ou non, est conclu entre le demandeur et l'Administrateur général de l'Institut.

Le cas échéant, après prolongation du contrat ou après qu'il a été mis un terme au contrat, le Ministre des Affaires sociales envoie une notification de la décision d'adaptation de la liste au demandeur.

Cette décision ne s'écarte pas des modalités de remboursement prévues dans le contrat.

L'accord du Ministre ayant le Budget dans ses attributions visé à l'alinéa 2 vaut également l'accord visé à l'article 5 de l'arrêté royal du 16 novembre 1994 relatif au contrôle administratif et budgétaire relativement à l'arrêté ministériel modifiant la liste.

Section 2. — Procédure sans délais

Art. 72. La procédure décrite dans le cadre de la présente section s'applique aux demandes d'adaptation visées à l'article 15 portant sur des dispositifs autres que pour usage à long terme, et qui sont répertoriés en classe 1 ou en sous-classe 2a visées à l'article 17.

Onderafdeling 1. — Aanvraag tot opname

Art. 73. De aanvraag tot opname in de lijst van een verstrekking zoals bedoeld in artikel 72 wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat.

Art. 74. § 1. In geval van een aanvraag tot opname in klasse 1 worden de volgende gegevens verstrekt overeenkomstig het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 :

1° de identificatie van de aanvrager (benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut);

2° de naam en de referentienummers van het hulpmiddel voor niet-langdurig gebruik;

3° een omstandige beschrijving van het hulpmiddel voor niet-langdurig gebruik;

4° de gebruiksaanwijzing;

5° de verkoopprijs, de verkoopprijs van toepassing in andere lidstaten van de Europese Unie;

6° de conformiteitsverklaring en de vereiste certificaten in verband met de CE-markering;

7° een voorstel betreffende de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten;

8° een verantwoording van de geclaimde meerwaarde, vergezeld van :

- de wetenschappelijke motiveringen,

- epidemiologische gegevens en/of studies,

- de klinische en de gezondheidseconomische studies. Deze studies zijn bij voorkeur gepubliceerd; indien deze studies evenwel niet werden gepubliceerd worden ook voor publicatie aanvaarde studies en volledige studierapporten aanvaard.

§ 2. In geval van een aanvraag tot opname in subklasse 2a worden de volgende gegevens verstrekt overeenkomstig het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 :

1° de identificatie van de aanvrager (benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut);

2° de naam en de referentienummers van het hulpmiddel voor niet-langdurig gebruik;

3° een omstandige beschrijving van het hulpmiddel voor niet-langdurig gebruik, met vermelding van de evenwaardige technieken of behandelingen waarvan het gebruik of toepassing leidt tot eenzelfde eindresultaat als gebruik van hulpmiddel voor niet-langdurig gebruik waarvoor de aanvraag werd ingediend;

4° de gebruiksaanwijzing;

5° de verkoopprijs, de verkoopprijs van toepassing in andere lidstaten van de Europese Unie;

6° de conformiteitsverklaring en de vereiste certificaten in verband met de CE-markering;

7° een voorstel betreffende de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten;

8° een verantwoording van de therapeutische waarde, vergezeld van :

- de wetenschappelijke motiveringen,

- de epidemiologische gegevens en/of studies,

- de klinische en de gezondheidseconomische studies. Deze studies zijn bij voorkeur gepubliceerd; indien deze studies evenwel niet werden gepubliceerd worden ook voor publicatie aanvaarde studies en volledige studierapporten aanvaard.

Art. 75. Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot opname en van de datum van ontvankelijkheid ervan.

Indien de aanvraag tot opname niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager met de vermelding van de ontbrekende elementen.

Art. 76. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundigen van de Dienst of indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid voor de evaluatie van de aanvraag tot opname.

Art. 77. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en) aan het secretariaat.

Sous-section 1^{re}. — Demande d'inscription.

Art. 73. La demande d'inscription sur la liste d'une prestation visée à l'article 72 est adressée par le demandeur au secrétariat.

Art. 74. § 1^{er}. En cas de demande d'inscription dans la classe 1, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

1° l'identification du demandeur (dénomination, siège social, numéro d'entreprise, statut juridique);

2° le nom et les numéros de référence du dispositif autre que pour usage à long terme;

3° une description détaillée du dispositif autre que pour usage à long terme;

4° le mode d'emploi;

5° le prix de vente, le prix de vente en application dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;

6° la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE;

7° une proposition concernant la prestation et les modalités de remboursement;

8° une justification de la plus-value revendiquée, accompagnée :

- des motivations scientifiques,

- des données et/ou études épidémiologiques,

- des études cliniques et des études économico-sanitaires. Ces études ont de préférence été publiées; si ces études n'avaient toutefois pas été publiées, sont également admis les études acceptées pour publication ainsi que les rapports d'études complets.

§ 2. En cas de demande d'inscription dans la sous-classe 2a, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

1° l'identification du demandeur (dénomination, siège social, numéro d'entreprise, statut juridique);

2° le nom et les numéros de référence du dispositif autre que pour usage à long terme;

3° une description détaillée du dispositif autre que pour usage à long terme, avec l'indication des techniques ou traitements de même valeur dont l'utilisation ou l'application conduit au même résultat final que l'utilisation du dispositif autre que pour usage à long terme pour lequel la demande a été introduite;

4° le mode d'emploi;

5° le prix de vente, le prix de vente en application dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;

6° la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE;

7° une proposition concernant la prestation et les modalités de remboursement;

8° une justification de la valeur thérapeutique, accompagnée :

- des motivations scientifiques,

- des données et/ou études épidémiologiques,

- des études cliniques et des études économico-sanitaires. Ces études ont de préférence été publiées; si ces études n'avaient toutefois pas été publiées, sont également admis les études acceptées pour publication ainsi que les rapports d'études complets.

Art. 75. Le secrétariat communique au demandeur la date de réception de la demande d'inscription ainsi que la date de sa recevabilité.

Si la demande d'inscription est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur en mentionnant les éléments manquants.

Art. 76. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes, sont désignés pour l'évaluation de la demande d'inscription.

Art. 77. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé qui est rédigé par le ou les experts.

Het beoordelingsrapport maakt, in voorkomend geval, melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, om de evaluatie van de aanvraag tot opname door de Commissie te kunnen afronden.

Het secretariaat maakt het beoordelingsrapport over aan de aanvrager.

Art. 78. Na ontvangst van de informatie en verduidelijkingen bedoeld in artikel 77, tweede lid, brengt de Commissie, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel uit.

Dit gemotiveerd voorstel omvat een voorstel omtrent de toe te passen klasse, de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten.

Art. 79. § 1. In geval het gemotiveerd voorstel van de Commissie niet afwijkt van de aanvraag tot opname zoals bedoeld in artikel 73, brengt de Commissie dit voorstel uit bij wijze van een gemotiveerd definitief voorstel.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 2. Ingeval het gemotiveerd voorstel van de Commissie afwijkt van de aanvraag tot opname zoals bedoeld in artikel 73, brengt de Commissie een gemotiveerd voorlopig voorstel uit.

Dit gemotiveerd voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager overgemaakt.

§ 3. Indien de aanvrager opmerkingen of bezwaren indient, onderzoekt de Commissie deze opmerkingen of bezwaren en brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit zoals bedoeld in § 1.

§ 4. Indien de aanvrager geen opmerkingen of bezwaren meer heeft gemaakt over het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie, wordt dit het gemotiveerd definitief voorstel.

§ 5. Het gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 6. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 80. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing omtrent de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 81. De gemotiveerde beslissing over de aanvraag tot opname wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de aanvrager.

Onderafdeling 2. — Aanvraag tot wijziging

Art. 82. De aanvraag tot wijziging van de verstrekking en/of vergoedingsmodaliteiten in de lijst bedoeld in artikel 72 wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat.

Art. 83. In geval van een aanvraag tot wijziging, worden de volgende gegevens verstrekt door middel van het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 :

1° de identificatie van de aanvrager (benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut);

2° de naam en de referentienummers van het hulpmiddel voor niet-langdurig gebruik;

3° de bestaande verstrekking en vergoedingsmodaliteiten;

4° een omstandige beschrijving van het hulpmiddel voor niet-langdurig gebruik;

5° de verkoopprijs, de verkoopprijs van toepassing in andere lidstaten van de Europese Unie;

6° de gebruiksaanwijzing;

Le rapport d'évaluation mentionne, le cas échéant, les éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du demandeur afin que l'évaluation de la demande d'inscription puisse être finalisée par la Commission.

Le secrétariat transmet le rapport d'évaluation au demandeur.

Art. 78. Après réception des informations et éclaircissements visés à l'article 77, alinéa 2, la Commission émet, si possible, une proposition motivée.

Cette proposition motivée comporte une proposition concernant la classe applicable, la prestation et les modalités de remboursement.

Art. 79. § 1^{er}. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission ne s'écarte pas de la demande d'inscription visée à l'article 73, la Commission émet cette proposition sous forme d'une proposition motivée définitive.

Cette proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

§ 2. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission s'écarte de la demande d'inscription visée à l'article 73, la Commission émet une proposition motivée provisoire.

Cette proposition motivée provisoire est transmise par le secrétariat au demandeur.

§ 3. Si le demandeur formule des remarques ou objections, la Commission les examine et émet, si possible, une proposition motivée définitive comme prévu au § 1^{er}.

§ 4. Si le demandeur n'a plus fait ni de remarques ni d'objections sur la proposition motivée provisoire de la Commission, la proposition motivée provisoire devient définitive.

§ 5. La proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

§ 6. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le demandeur.

Art. 80. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la prestation et les modalités de remboursement après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 81. La décision motivée concernant la demande d'inscription est communiquée au demandeur par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui.

Sous-section 2. — Demande de modification

Art. 82. La demande de modification de la prestation et/ou des modalités de remboursement de la liste visée à l'article 72 est adressée par le demandeur au secrétariat.

Art. 83. En cas de demande de modification, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

1° l'identification du demandeur (dénomination, siège social, numéro d'entreprise, statut juridique);

2° le nom et les numéros de référence du dispositif autre que pour usage à long terme;

3° la prestation et les modalités de remboursement existantes;

4° une description détaillée du dispositif autre que pour usage à long terme;

5° le prix de vente, le prix de vente en application dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;

6° le mode d'emploi;

7° de conformiteitsverklaring en de vereiste certificaten in verband met de CE – markering;

8° een voorstel betreffende de wijziging van verstrekking en/of de vergoedingsmodaliteiten;

9° een verantwoording van de therapeutische waarde, vergezeld van :

- de wetenschappelijke motiveringen,
- epidemiologische gegevens en/of studies,
- de klinische en eventueel de gezondheidseconomische studies. Deze studies zijn bij voorkeur gepubliceerd; indien deze studies evenwel niet werden gepubliceerd worden ook voor publicatie aanvraag studies en volledige studierapporten aanvaard.

Art. 84. Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot wijziging en van de datum van ontvankelijkheid ervan.

Indien de aanvraag tot wijziging niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager met de vermelding van de ontbrekende elementen.

Art. 85. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundige(n) van de Dienst of, indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid voor de evaluatie van de aanvraag tot wijziging.

Art. 86. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en) aan het secretariaat.

Het beoordelingsrapport maakt, in voorkomend geval, melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, om de evaluatie van de aanvraag tot wijziging door de Commissie te kunnen afronden.

Het secretariaat maakt het beoordelingsrapport over naar de aanvrager.

Art. 87. Na ontvangst van de informatie en verduidelijkingen bedoeld in artikel 86, tweede lid, brengt de Commissie, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel uit.

Dit gemotiveerd voorstel omvat een voorstel omtrent de toe te passen klasse, de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten.

Art. 88. § 1. In geval het gemotiveerd voorstel van de Commissie niet afwijkt van de aanvraag tot wijziging zoals bedoeld in artikel 82, brengt de Commissie dit voorstel uit bij wijze van een gemotiveerd definitief voorstel uit.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat wordt overgemaakt aan de Minister.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 2. Ingeval het gemotiveerd voorstel van de Commissie afwijkt van de aanvraag tot wijziging ingediend door de aanvrager, brengt de Commissie een gemotiveerd voorlopig voorstel.

Dit gemotiveerd voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager overgemaakt.

§ 3. Indien de aanvrager opmerkingen of bezwaren indient, onderzoekt de Commissie deze opmerkingen of bezwaren en brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit zoals bedoeld in § 1.

§ 4. Indien de aanvrager geen opmerkingen of bezwaren meer heeft gemaakt over het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie, wordt dit het gemotiveerd definitief voorstel.

§ 5. Het gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat wordt overgemaakt aan de Minister.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 6. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 89. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

7° la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE;

8° une proposition concernant la modification de la prestation et/ou des modalités de remboursement;

9° une justification de la valeur thérapeutique, accompagnée :

- des motivations scientifiques,
- des données et/ou études épidémiologiques,
- des études cliniques et éventuellement des études économico-sanitaires. Ces études ont de préférence été publiées; si ces études n'avaient toutefois pas été publiées, sont également admis les études acceptées pour publication ainsi que les rapports d'études complets.

Art. 84. Le secrétariat communique au demandeur la date de réception de la demande de modification ainsi que la date de sa recevabilité.

Si la demande de modification est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur en mentionnant les éléments manquants.

Art. 85. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes, sont désignés pour l'évaluation de la demande de modification.

Art. 86. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé qui est rédigé par le ou les experts.

Le rapport d'évaluation mentionne, le cas échéant, les éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du demandeur afin que l'évaluation de la demande de modification puisse être finalisée par la Commission.

Le secrétariat transmet le rapport d'évaluation au demandeur.

Art. 87. Après réception des informations et éclaircissements visés à l'article 86, alinéa 2, la Commission émet, si possible, une proposition motivée.

Cette proposition motivée comporte une proposition concernant la classe applicable, la prestation et les modalités de remboursement.

Art. 88. § 1^{er}. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission ne s'écarte pas de la demande de modification visée à l'article 82, la Commission émet cette proposition sous forme d'une proposition motivée définitive.

Cette proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

§ 2. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission s'écarte de la demande de modification introduite par le demandeur, la Commission émet une proposition motivée provisoire.

Cette proposition motivée provisoire est transmise par le secrétariat au demandeur.

§ 3. Si le demandeur formule des remarques ou objections, la Commission les examine et émet, si possible, une proposition motivée définitive comme prévu au § 1^{er}.

§ 4. Si le demandeur n'a plus fait ni de remarques ni d'objections sur la proposition motivée provisoire de la Commission, la proposition motivée provisoire devient définitive.

§ 5. La proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

§ 6. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le demandeur.

Art. 89. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing omtrent de verstrekkings- en de vergoedingsmodaliteiten nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 90. De gemotiveerde beslissing over de aanvraag tot wijziging wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de aanvrager.

Onderafdeling 3. — Aanvraag tot schrapping

Art. 91. De aanvraag tot schrapping van een verstrekkings- uit de lijst zoals bedoeld in artikel 72, wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat.

Art. 92. In geval van een aanvraag tot schrapping, worden de volgende gegevens verstrekt door middel van een aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 :

- 1° de verstrekkings- waarvan de schrapping wordt gevraagd;
- 2° de verantwoording van de schrapping.

Art. 93. Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot schrapping en van de datum van ontvankelijkheid ervan.

Indien de aanvraag tot schrapping niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager met de vermelding van de ontbrekende elementen.

Art. 94. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundige(n) van de Dienst of, indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid voor de evaluatie van de aanvraag tot schrapping.

Art. 95. § 1. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en), aan het secretariaat.

Het beoordelingsrapport maakt, in voorkomend geval, melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, om de evaluatie van de aanvraag tot schrapping door de Commissie te kunnen afronden.

§ 2. Het secretariaat maakt het beoordelingsrapport over aan de aanvrager.

Art. 96. § 1. Na ontvangst van de informatie en verduidelijkingen bedoeld in artikel 95, § 1, tweede lid, brengt de Commissie, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit omtrent de aanvraag tot schrapping.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 97. § 1. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

Overeenkomstig artikel 75bis, § 3, van de wet, kan de Minister om redenen van volksgezondheid of van sociale bescherming de aanvraag tot schrapping weigeren.

§ 2. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing omtrent de aanvraag tot schrapping nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 98. De gemotiveerde beslissing over de aanvraag tot schrapping wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de aanvrager.

Onderafdeling 4. — Beperkte klinische toepassing

Art. 99. Indien de Commissie, in het kader van een aanvraag tot aanpassing in de zin van artikel 73 of 82 van oordeel is dat deze aanvraag tot aanpassing kadert in een innovatieve technologie waarvoor er nog onzekerheid bestaat of de techniek een meerwaarde biedt

Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la prestation et les modalités de remboursement après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 90. La décision motivée concernant la demande de modification est communiquée au demandeur par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui.

Sous-section 3. — Demande de suppression

Art. 91. La demande de suppression d'une prestation de la liste visée à l'article 72, est adressée par le demandeur au secrétariat.

Art. 92. En cas de demande de suppression, les données suivantes sont communiquées au moyen ou par le moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

- 1° la prestation dont la suppression est demandée;
- 2° la justification de la suppression.

Art. 93. Le secrétariat communique au demandeur la date de réception de la demande de suppression ainsi que la date de sa recevabilité.

Si la demande de suppression est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur en mentionnant les éléments manquants.

Art. 94. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes, sont désignés pour l'évaluation de la demande de suppression.

Art. 95. § 1^{er}. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé qui est rédigé par le ou les experts.

Le rapport d'évaluation mentionne, le cas échéant, les éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du demandeur, afin que l'évaluation de la demande de suppression puisse être finalisée par la Commission.

§ 2. Le secrétariat transmet le rapport d'évaluation au demandeur.

Art. 96. § 1^{er}. Après réception des informations et éclaircissements visés à l'article 95, § 1^{er}, alinéa 2, la Commission émet, si possible, une proposition motivée définitive concernant la demande de suppression.

Cette proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué

§ 2. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le demandeur.

Art. 97. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

Conformément à l'article 75bis, § 3, de la loi, le Ministre peut pour des raisons de santé publique ou de protection sociale, rejeter la demande de suppression.

§ 2. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la demande de suppression après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 98. La décision motivée concernant la demande de suppression est communiquée au demandeur par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui.

Sous-section 4. — Application clinique limitée

Art. 99. Si la Commission, dans le cadre d'une demande d'adaptation au sens des articles 73 ou 82 estime que cette demande d'adaptation s'inscrit dans le cadre d'une technologie innovante à propos de laquelle il existe encore une incertitude quant à la plus-value

tegenover de bestaande therapeutische alternatieven kan zij, aan de aanvrager een tijdelijke vergoeding voorstellen in het kader van een beperkte klinische toepassing overeenkomstig de bepalingen van artikel 35septies/2, § 7, van de wet.

Art. 100. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en) bedoeld in de artikelen 76 en 85, aan het secretariaat.

Dit beoordelingsrapport maakt melding van de wetenschappelijke motieven die een eventuele tijdelijke vergoeding in kader van een beperkte klinische toepassing verantwoorden.

Het beoordelingsrapport maakt, in voorkomend geval, melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de aanvrager nodig is, om de evaluatie van de aanvraag tot aanpassing door de Commissie te kunnen afronden.

Het secretariaat maakt het beoordelingsrapport over aan de aanvrager.

Art. 101. § 1. Na ontvangst van de informatie en verduidelijkingen bedoeld in artikel 100, derde lid, brengt de Commissie, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel uit over de tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing.

Dit gemotiveerd voorstel omvat een voorstel omtrent de toe te passen klasse, verstreking en vergoedingsmodaliteiten

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 102. § 1. In geval het gemotiveerd voorstel van de Commissie niet afwijkt van de aanvraag tot aanpassing bedoeld in artikel 73 of 82, brengt de Commissie dit voorstel uit bij wijze van een gemotiveerd definitief voorstel.

Dit voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 2. Ingeval het gemotiveerd voorstel van de Commissie afwijkt van de aanvraag bedoeld in artikel 73 of 82, brengt de Commissie een gemotiveerd voorlopig voorstel uit.

Dit gemotiveerd voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager overgemaakt.

§ 3. Indien de aanvrager opmerkingen of bezwaren indient, onderzoekt de Commissie deze opmerkingen of bezwaren en brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit zoals bedoeld in § 1.

§ 4. Indien de aanvrager geen opmerkingen of bezwaren meer heeft gemaakt over het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie, wordt dit het gemotiveerd definitief voorstel.

§ 5. Het gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 103. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing omtrent de tijdelijke vergoeding van de verstreking en de toe te passen vergoedingsmodaliteiten en de vereiste analyse nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 104. De gemotiveerde beslissing over de tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar aan de aanvrager ter kennis gegeven.

HOOFDSTUK 3. — *Aanpassing van de lijst op vraag van de Minister of de Commissie*

Afdeling 1. — Algemene bepalingen

Art. 105. De procedure in deze afdeling is van toepassing op aanvragen tot aanpassing van de lijst bedoeld in artikel 15 met betrekking tot de implantaten, de hulpmiddelen voor langdurig gebruik of de hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik, ingediend door de Minister of door de Commissie.

offerte par cette technique par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes, elle peut proposer au demandeur un remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée, conformément aux dispositions de l'article 35septies/2, § 7, de la loi.

Art. 100. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé qui est rédigé par le ou les experts visés aux articles 76 et 85.

Ce rapport d'évaluation mentionne les motifs scientifiques justifiant un remboursement temporaire éventuel dans le cadre d'une application clinique limitée.

Le rapport d'évaluation mentionne, le cas échéant, les éléments pour lesquels des informations et éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du demandeur afin que l'évaluation de la demande d'adaptation puisse être finalisée par la Commission.

Le secrétariat transmet le rapport d'évaluation au demandeur.

Art. 101. § 1^{er}. Après réception des informations et éclaircissements visés à l'article 100, alinéa 3, la Commission émet, si possible, une proposition motivée sur le remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée.

Cette proposition motivée comporte une proposition concernant la classe applicable, la prestation et les modalités de remboursement.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le demandeur.

Art. 102. § 1^{er}. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission ne s'écarte pas de la demande d'adaptation visée à l'article 73 ou 82, la Commission émet cette proposition sous la forme d'une proposition motivée définitive.

Cette proposition est transmise par le secrétariat au Ministre.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

§ 2. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission s'écarte de la demande d'adaptation visée à l'article 73 ou 82, la Commission émet une proposition motivée provisoire.

Cette proposition motivée provisoire est transmise par le secrétariat au demandeur.

§ 3. Si le demandeur formule des remarques ou objections, la Commission les examine et émet, si possible, une proposition motivée définitive comme prévu au § 1^{er}.

§ 4. Si le demandeur n'a plus fait ni de remarques ni d'objections sur la proposition motivée provisoire de la Commission, la proposition motivée provisoire devient définitive.

§ 5. La proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au Ministre.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 103. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le budget dans ses attributions, une décision motivée concernant le remboursement temporaire de la prestation et les modalités de remboursement applicables, et l'analyse exigée après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 104. La décision motivée concernant le remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée est communiquée au demandeur par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui.

CHAPITRE 3. — *Adaptation de la liste à la demande du Ministre ou de la Commission*

Section 1^{re}. — Dispositions générales

Art. 105. La procédure décrite dans le cadre de la présente section s'applique à une demande d'adaptation de la liste visée à l'article 15 portant sur les implants, les dispositifs pour usage à long terme ou les dispositifs autres que pour usage à long terme, introduite par le Ministre ou la Commission.

Art. 106. In geval van een aanvraag tot aanpassing door de Minister of de Commissie, kan de Commissie de betrokken verdeler(s) en/of hun beroepsorganisatie en/of de betrokken verplegingsinrichtingen of gespecialiseerde centra en/of de betrokken wetenschappelijke verenigingen hierover informeren en/of alle nuttige informatie opvragen.

De gevraagde informatie dient binnen een termijn van negentig dagen te worden bezorgd aan het secretariaat.

Art. 107. Elk lid van de Commissie kan een aanvraag doen tot aanpassing.

De Commissie beslist of deze aanvraag tot aanpassing behandeld wordt.

Afdeling 2. — Procedure

Onderafdeling 1. — Aanvraag tot opname

Art. 108. De aanvraag tot opname van een verstrekking in de lijst zoals bedoeld in artikel 105 wordt door de Minister of door de Commissie gericht aan het secretariaat.

Art. 109. Het secretariaat stelt de Minister of de Commissie in kennis van de ontvangst van de aanvraag tot opname.

Art. 110. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundigen van de Dienst of indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid voor de evaluatie van de aanvraag tot opname.

Art. 111. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en), aan het secretariaat.

Art. 112. § 1. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit dat door het secretariaat wordt overgemaakt aan de Minister.

Dit gemotiveerd definitief voorstel omvat een voorstel omtrent de toe passen klasse, de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de betrokken verdeler(s) en/of hun beroepsorganisatie hiervan op de hoogte.

Art. 113. § 1. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

§ 2. De Minister neemt een gemotiveerde beslissing omtrent de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 114. De gemotiveerde beslissing omtrent het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar aan de Commissie ter kennis gebracht.

De gemachtigde ambtenaar maakt de gemotiveerde beslissing van de Minister over aan de betrokken verdelers en/of aan hun beroepsorganisatie.

Onderafdeling 2. — Aanvraag tot wijziging

Art. 115. De aanvraag tot wijziging van de verstrekking en/of vergoedingsmodaliteiten in de lijst, bedoeld in artikel 105, wordt door de Minister of de Commissie gericht aan het secretariaat.

Art. 116. Het secretariaat stelt de Minister of de Commissie in kennis van de ontvangst van de aanvraag tot wijziging.

Art. 117. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundigen van de Dienst of indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid voor de evaluatie van de aanvraag tot wijziging.

Art. 118. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(en) aan het secretariaat.

Art. 106. En cas de demande d'adaptation par le Ministre ou par la Commission, la Commission peut en informer le ou les distributeurs concernés et/ou son/leur organisation professionnelle et/ou les établissements hospitaliers et centres spécialisés concernés et/ou les associations scientifiques concernées et/ou solliciter toute information utile.

L'information sollicitée doit être fournie au secrétariat dans un délai de nonante jours.

Art. 107. Chaque membre de la Commission peut introduire une demande d'adaptation.

La Commission décide si cette demande d'adaptation est traitée.

Section 2. — Procédure

Sous-section première. — Demande d'inscription

Art. 108. La demande d'inscription sur la liste d'une prestation visée à l'article 105 est adressée au secrétariat par le Ministre ou par la Commission.

Art. 109. Le secrétariat informe le Ministre ou la Commission de la réception de la demande d'inscription.

Art. 110. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes sont désignés pour l'évaluation de la demande d'inscription.

Art. 111. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé qui est rédigé par le ou les experts.

Art. 112. § 1^{er}. La Commission émet, si possible, une proposition motivée définitive qui est transmise par le secrétariat au Ministre.

Cette proposition motivée définitive comporte une proposition concernant la classe applicable, la prestation et les modalités de remboursement.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le(s) distributeur(s) concernés et/ou son/leur organisation professionnelle.

Art. 113. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

§ 2. Le Ministre prend une décision motivée concernant la prestation et les modalités de remboursement après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 114. La décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission est communiquée à la Commission par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui.

Le fonctionnaire délégué communique la décision motivée du Ministre au(x) distributeur(s) concerné(s) et à son/leur organisation professionnelle.

Sous-section 2. — Demande de modification

Art. 115. La demande de modification de la prestation et/ou des modalités de remboursement sur la liste, visée à l'article 105, est adressée au secrétariat par le Ministre ou la Commission.

Art. 116. Le secrétariat informe le Ministre ou la Commission de la réception de la demande de modification.

Art. 117. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes, sont désignés pour l'évaluation de la demande de modification.

Art. 118. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé qui est rédigé par le ou les experts.

Art. 119. § 1. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit dat door het secretariaat wordt overgemaakt aan de Minister.

Dit gemotiveerd definitief voorstel omvat een voorstel omtrent de toe passen klasse, de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de betrokken verdeler(s) en/of hun beroepsorganisatie hiervan op de hoogte.

Art. 120. § 1. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

§ 2. De Minister neemt een gemotiveerde beslissing omtrent de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 121. De gemotiveerde beslissing omtrent het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar aan de Commissie ter kennis gebracht.

De gemachtigde ambtenaar maakt de gemotiveerde beslissing van de Minister over aan de betrokken verdelers en/of aan hun beroepsorganisatie.

Onderafdeling 3. — Aanvraag tot schrapping

Art. 122. De aanvraag tot schrapping van een verstrekking van de lijst zoals bedoeld in artikel 105, wordt door de Minister of de Commissie gericht aan het secretariaat.

Art. 123. Het secretariaat stelt de Minister of de Commissie in kennis van de ontvangst van de aanvraag tot schrapping.

Art. 124. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit dat door het secretariaat wordt overgemaakt aan de Minister.

Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister, de betrokken verdeler(s) en/of hun beroepsorganisatie hiervan op de hoogte.

Art. 125. § 1. De Minister neemt na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

Overeenkomstig artikel 75bis, § 3 van de wet kan de Minister om redenen van volksgezondheid of van sociale bescherming de aanvraag tot schrapping weigeren.

§ 2. De Minister neemt een gemotiveerde beslissing omtrent de aanvraag tot schrapping nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 126. De gemotiveerde beslissing omtrent het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie wordt door de Minister aan de Commissie ter kennis gebracht of de door hem gemachtigde ambtenaar.

De gemachtigde ambtenaar maakt de gemotiveerde beslissing van de Minister over aan de betrokken verdelers en/of aan hun beroepsorganisatie.

Onderafdeling 4. — Beperkte klinische toepassing

Art. 127. Indien de Commissie, in het kader van een aanvraag tot aanpassing in de zin van artikelen 108 en 115 van oordeel is dat deze aanvraag kadert in een innovatieve technologie waarover er nog onzekerheid bestaat of de techniek een meerwaarde biedt tegenover de bestaande therapeutische alternatieven, kan zij een tijdelijke vergoeding voorstellen in het kader van een beperkte klinische toepassing overeenkomstig de bepalingen van artikel 35septies/2, § 7, van de wet.

Art. 128. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(n) bedoeld in artikelen 110 en 117, aan het secretariaat.

Art. 119. § 1^{er}. La Commission émet, si possible, une proposition motivée définitive qui est transmise par le secrétariat au Ministre.

Cette proposition motivée définitive comporte une proposition concernant la classe applicable, la prestation et les modalités de remboursement.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le(s) distributeur(s) concernés et/ou son/leur organisation professionnelle.

Art. 120. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

§ 2. Le Ministre prend une décision motivée concernant la prestation et les modalités de remboursement après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 121. La décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission est communiquée à la Commission par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui.

Le fonctionnaire délégué communique la décision motivée du Ministre au(x) distributeur(s) concerné(s) et à son/leur organisation professionnelle.

Sous-section 3. — Demande de suppression

Art. 122. La demande de suppression de la liste d'une prestation visée à l'article 105 est adressée au secrétariat par le Ministre ou la Commission.

Art. 123. Le secrétariat informe le Ministre ou la Commission de la réception de la demande de suppression.

Art. 124. La Commission émet, si possible, une proposition motivée définitive qui est transmise par le secrétariat au Ministre.

A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le(s) distributeur(s) concernés et/ou son/leur organisation professionnelle.

Art. 125. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

Conformément à l'article 75bis, § 3, de la loi, le Ministre peut, pour des raisons de santé publique ou de protection sociale, rejeter la demande de suppression.

§ 2. Le Ministre prend une décision motivée concernant la demande de suppression après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 126. La décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission est communiquée à la Commission par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui.

Le fonctionnaire délégué communique la décision motivée du Ministre au(x) distributeur(s) concerné(s) et à son/leur organisation professionnelle.

Sous-section 4 — Application clinique limitée

Art. 127. Si la Commission, dans le cadre d'une demande d'adaptation introduite au sens des articles 108 et 115, estime que cette demande d'adaptation s'inscrit dans le cadre d'une technologie innovante à propos de laquelle il existe encore une incertitude quant à la plus-value offerte par cette technique par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes, elle peut proposer un remboursement temporaire du dispositif dans le cadre d'une application clinique limitée, conformément aux dispositions de l'article 35septies/2, § 7, de la loi.

Art. 128. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé qui est rédigé par le ou les experts visés à l'article aux articles 110 et 117.

Dit beoordelingsrapport maakt melding van de wetenschappelijke motieven die een eventuele tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing verantwoordt.

Art. 129. § 1. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit over de tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing.

Dit gemotiveerd voorstel omvat een voorstel omtrent de toe te passen klasse, verstrekking en vergoedingsmodaliteiten.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister en de betrokken verdeler(s) en/of hun beroepsorganisatie hiervan op de hoogte.

Art. 130. Het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie wordt door het secretariaat overgemaakt aan de Minister.

Art. 131. § 1. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

§ 2. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing omtrent de tijdelijke vergoeding van de verstrekking en de toe te passen vergoedingsmodaliteiten en de vereiste analyse nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 132. De gemotiveerde beslissing over de tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing wordt door de Minister of de door hem gemachtigde ambtenaar aan de Commissie ter kennis gegeven.

De gemachtigde ambtenaar maakt de gemotiveerde beslissing van de Minister over aan de betrokken verdeler(s) en/of aan hun beroepsorganisatie, en de betrokken verplegingsinrichtingen of gespecialiseerde centra.

HOOFDSTUK 4. — *Evaluatie van de beperkte klinische toepassing*

Art. 133. De procedure in dit hoofdstuk is van toepassing op aanvragen tot aanpassing van de lijst die tijdelijk vergoed worden in het kader van een beperkte klinische toepassing overeenkomstig artikel 35septies/2, § 7, van de wet.

Art. 134. § 1. De evaluatie van de beperkte klinische toepassing vangt aan na ontvangst op het secretariaat van de analyse, zoals vereist in de beslissing tot tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing (dag 0).

De Commissie evalueert de tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing binnen een termijn van honderd tachtig dagen.

Deze evaluatie kan leiden tot een gemotiveerd voorstel aan de Minister dat betrekking heeft op :

1° de stopzetting van de tijdelijke vergoeding in het kader van de toegekende beperkte klinische toepassing,

of

2° de verlenging van de tijdelijke vergoeding met of zonder aanpassing van de verstrekking en/of de vergoedingsmodaliteiten van de toegekende beperkte klinische toepassing,

of

3° de opname van de verstrekking in de lijst.

§ 2. De tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing blijft van toepassing tot de beslissing van de Minister omtrent de evaluatie van de beperkte klinische toepassing door de Commissie.

Art. 135. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundigen van de Dienst of indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundige(n) aangeduid voor de evaluatie van de beperkte klinische toepassing.

Art. 136. § 1. De Commissie bezorgt, na goedkeuring ervan, een omstandig en gemotiveerd beoordelingsrapport, dat is opgesteld door de deskundige(n), aan het secretariaat uiterlijk binnen de honderd dagen na de aanvang van de termijn van honderd tachtig dagen bedoeld in artikel 128, § 1, tweede lid.

Ce rapport d'évaluation mentionne les motifs scientifiques justifiant un remboursement temporaire éventuel dans le cadre d'une application clinique limitée.

Art. 129. § 1^{er}. La Commission émet, si possible, une proposition motivée définitive sur le remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée.

Cette proposition motivée comporte une proposition concernant la classe applicable, la prestation et les modalités de remboursement.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre et le(s) distributeur(s) concernés et/ou son/leur organisation professionnelle.

Art. 130. La proposition motivée définitive de la Commission est transmise par le secrétariat au Ministre.

Art. 131. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

§ 2. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant le remboursement temporaire de la prestation et les modalités de remboursement applicables et l'analyse exigée après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence de proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 132. La décision motivée concernant le remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée est communiquée à la Commission par le Ministre ou le fonctionnaire délégué par lui.

Le fonctionnaire délégué communique la décision motivée du Ministre au(x) distributeur(s) concerné(s), à son/leur organisation professionnelle et aux établissements hospitaliers ou centres spécialisés concernés.

CHAPITRE 4. — *Evaluation de l'application clinique limitée*

Art. 133. La procédure décrite dans le cadre du présent chapitre s'applique aux demandes d'adaptation de la liste qui font l'objet d'un remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée conformément aux dispositions de l'article 35septies/2, § 7, de la loi.

Art. 134. § 1^{er}. L'évaluation de l'application clinique limitée prend cours après réception par le secrétariat de l'analyse qui est exigée dans la décision de remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée (jour 0).

La Commission évalue le remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée dans un délai de cent quatre-vingts jours.

Cette évaluation peut aboutir à une proposition motivée au Ministre, qui porte sur :

1° l'arrêt du remboursement temporaire dans le cadre de l'application clinique limitée accordée,

ou

2° la prolongation du remboursement temporaire dans le cadre de l'application clinique limitée accordée, avec ou sans adaptation de la prestation et/ou des modalités de remboursement,

ou

3° l'inscription de la prestation sur la liste.

§ 2. Le remboursement temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée reste applicable jusqu'à la décision du Ministre concernant l'évaluation de l'application clinique limitée de la Commission.

Art. 135. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission l'estime nécessaire, des experts externes, sont désignés pour l'évaluation de l'application clinique limitée.

Art. 136. § 1^{er}. La Commission, après l'avoir approuvé, fait parvenir au secrétariat un rapport d'évaluation détaillé et motivé qui est rédigé par le ou les experts, au plus tard dans les cent jours suivant le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 128, § 1^{er}, alinéa 2.

Het beoordelingsrapport maakt melding van de wetenschappelijke motieven die als basis dienen voor het gemotiveerd voorstel van de Commissie.

Het beoordelingsrapport maakt, in voorkomend geval, melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking nodig is vanwege de betrokken verdeler(s) of in voorkomend geval vanwege betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid, om de evaluatie van de tijdelijke vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing door de Commissie te kunnen afronden.

§ 2. Het secretariaat maakt het beoordelingsrapport over aan de betrokken verdeler(s) en in voorkomend geval aan betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid.

§ 3. Na ontvangst door de betrokken verdeler(s) en de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid, van het beoordelingsrapport met de melding van de elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking nodig is, wordt de termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 134, § 1, tweede lid, geschorst.

Deze periode van schorsing loopt tot de ontvangst op het secretariaat van de bijkomende informatie en verduidelijking, met dien verstande dat de periode van schorsing niet meer dan negentig dagen mag bedragen.

§ 4. Na ontvangst door de betrokken verdeler(s) en de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid, van het beoordelingsrapport, zonder melding van elementen waarvoor bijkomende informatie en verduidelijking nodig is, beschikken zij evenwel over de mogelijkheid om opmerkingen of bezwaren over te maken aan het secretariaat binnen een termijn van tien dagen.

Art. 137. § 1. De Commissie brengt een gemotiveerd voorlopig voorstel uit binnen een termijn die niet langer duurt dan honderd vijftig dagen na de aanvang van de termijn van honderd tachtig dagen bedoeld in artikel 134, § 1, tweede lid, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de betrokken verdeler(s) en de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid, overgemaakt waarna die over een termijn van tien dagen beschikken om hierop te reageren.

§ 2. De betrokken verdeler(s) en de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid, kunnen het secretariaat binnen de termijn van tien dagen bedoeld in § 1, tweede lid, van dit artikel meedelen dat zij over een langere termijn wensen te beschikken om opmerkingen of bezwaren bij het gemotiveerd voorlopig voorstel over te maken.

In dit geval wordt de termijn van honderd tachtig dagen bedoeld in artikel 134, § 1, tweede lid, geschorst vanaf het verstrijken van de termijn van tien dagen bedoeld in § 1, tweede lid, van dit artikel tot de ontvangst van de opmerkingen of bezwaren van de betrokken verdeler(s) en/of de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid, met dien verstande dat de eventuele periode van schorsing niet meer dan negentig dagen mag bedragen.

§ 3. De Commissie onderzoekt de eventuele opmerkingen of bezwaren van de betrokken verdeler(s) en/of de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid, en brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit dat door het secretariaat wordt overgemaakt aan de Minister binnen een termijn die niet langer duurt dan de termijn van honderd tachtig dagen bedoeld in artikel 134, § 1, tweede lid, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De Commissie kan deze periode van honderd tachtig dagen met negentig dagen schorsen.

§ 4. De betrokken verdeler(s) en de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid, worden door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 138. § 1. De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen een termijn van zestig dagen na de ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister kan afwijken van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen, binnen de grenzen van de in artikel 16 vermelde criteria.

Le rapport d'évaluation mentionne les motifs scientifiques servant de base à la proposition motivée formulée par la Commission.

Le rapport d'évaluation mentionne, le cas échéant, les éléments pour lesquels des informations et des éclaircissements complémentaires sont nécessaires de la part du ou des distributeurs concernés ou le cas échéant des intervenants dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, afin que la Commission puisse finaliser l'évaluation du remboursement temporaire dans le cadre de l'application clinique limitée.

§ 2. Le secrétariat transmet le rapport d'évaluation au(x) distributeur(s) concerné(s) et aux intervenants dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}.

§ 3. Après réception du rapport d'évaluation qui fait mention des éléments pour lesquels des informations et des éclaircissements complémentaires sont nécessaires par le ou les distributeurs concernés et les intervenants dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 2, est suspendu.

Cette période de suspension court jusqu'à la réception par le secrétariat des informations et des éclaircissements complémentaires, étant entendu que la période de suspension ne peut pas excéder nonante jours.

§ 4. Après réception par le ou les distributeurs concernés et les intervenants dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du rapport d'évaluation dans lequel il n'est pas fait mention d'éléments pour lesquels des informations et des éclaircissements complémentaires sont nécessaires de leur part, ceux-ci ont cependant la possibilité de transmettre au secrétariat des remarques ou objections dans un délai de dix jours.

Art. 137. § 1^{er}. La Commission émet une proposition motivée provisoire dans un délai qui n'excède par cent cinquante jours après le début du délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 2, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

La proposition motivée provisoire est communiquée par le secrétariat au(x) distributeur(s) concerné(s) et au(x) intervenant(s) dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, qui dispose(nt) d'un délai de dix jours pour réagir.

§ 2. Le(les) distributeur(s) concerné(s) et le(s) intervenant(s) dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, peuvent, dans le délai de dix jours visé au § 1^{er}, alinéa 2, du présent article, communiquer au secrétariat qu'ils souhaitent disposer d'un délai plus long pour transmettre leurs remarques ou objections sur la proposition motivée provisoire.

Dans ce cas, le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 2, est suspendu à compter de l'expiration du délai de dix jours visé au § 1^{er}, alinéa 2, du présent article jusqu'à la réception des remarques ou objections des distributeur(s) concerné(s) et/ou des intervenant(s) dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, étant entendu que la période de suspension éventuelle ne peut pas excéder nonante jours.

§ 3. Lorsque des remarques ou objections éventuelles sont formulées par les distributeur(s) concerné(s) et/ou les intervenant(s) dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, la Commission les examine et émet, si possible, une proposition motivée définitive qui est transmise au Ministre par le secrétariat dans un délai qui n'excède pas le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 2, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

La Commission peut suspendre de nonante jours cette période de cent quatre-vingts jours.

§ 4. Le ou les distributeurs concernés et les intervenants dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, sont informés de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 138. § 1^{er}. Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission dans un délai de soixante jours après réception de la proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre peut s'écarter de la proposition motivée définitive de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments, dans les limites des critères mentionnés à l'article 16.

§ 2. De Minister maakt de beslissing over aan de betrokken verdeler(s) en de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid.

Art. 139. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 134, § 1, tweede lid, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing, brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister hiervan op de hoogte.

De Minister neemt, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing zoals bedoeld in artikel 134, § 1, derde lid, 1°, 2° of 3° binnen de termijn van zestig dagen nadat de Minister door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

De Minister maakt deze beslissing over aan de betrokken verdeler(s) en de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid.

Art. 140. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de termijn van honderd tachtig dagen zoals bedoeld in artikel 134, § 1, tweede lid, en indien de Minister evenmin een gemotiveerde beslissing heeft genomen binnen de termijn van zestig dagen na deze termijn wordt de tijdelijke vergoeding, toegekend in het kader van een beperkte klinische toepassing, stopgezet.

De gemachtigde ambtenaar brengt de betrokken verdeler(s) en de betrokkenen uit de analyse bedoeld in artikel 134, § 1, eerste lid, hiervan op de hoogte.

TITEL IV — Aanpassing van een nominatieve lijst

HOOFDSTUK 1. — Algemene bepalingen

Art. 141. De aanpassing van een nominatieve lijst gebeurt op voorstel van de Commissie, door een beslissing van het Verzekeringscomité.

Art. 142. De aanpassingen van een nominatieve lijst kunnen bestaan in het opnemen of het schrappen van hulpmiddelen, of de wijziging van de naam van het hulpmiddel, de naam van de verdeler, een referentie of de individuele prijs van het hulpmiddel.

HOOFDSTUK 2. — Aanpassing van een nominatieve lijst op vraag van de aanvrager

Afdeling 1. — Algemene bepaling

Art. 143. De procedure in deze afdeling is van toepassing op aanvragen tot aanpassing van een nominatieve lijst zoals bedoeld in artikel 142 met betrekking tot hulpmiddelen en die gerangschikt worden in subklasse 2b zoals bedoeld in artikel 17.

Afdeling 2. — Procedure

Onderafdeling 1. — Aanvraag tot opname

Art. 144. De aanvraag tot opname van een hulpmiddel in een nominatieve lijst zoals bedoeld in artikel 143 wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat.

Art. 145. In geval van een aanvraag tot opname, worden de volgende gegevens verstrekt overeenkomstig het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 bij dit besluit :

1° de identificatie van de aanvrager (benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut);

2° in voorkomend geval het (de) notificatiecode(s) van het implantaat of het hulpmiddel voor langdurig gebruik;

3° de naam en de referentienummers van het hulpmiddel;

4° een omstandige beschrijving van het hulpmiddel;

5° een gemotiveerde verklaring dat het hulpmiddel overeenkomt met de verstrekte gegevens opgenomen in de lijst en dat voldoende gegevens beschikbaar zijn die de veiligheid van het hulpmiddel bevestigen;

6° in voorkomend geval, alle elementen voorzien in de vergoedingsmodaliteiten;

7° de individuele prijs, de verkoopprijs van toepassing in andere lidstaten van de Europese Unie; en, in voorkomend geval, een bewijs van prijsvaststelling afgeleverd door de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, of bij ontbreken hiervan een bewijs van indiening van een aanvraag met de verplichting het bewijs van prijsvaststelling aan het dossier toe te voegen van zodra het beschikbaar is;

8° de conformiteitsverklaring en de vereiste certificaten in verband met de CE-markering;

9° de gebruiksaanwijzing.

§ 2. Le Ministre communique la décision au(x) distributeur(s) concerné(s) et aux intervenants dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}.

Art. 139. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 2, compte tenu des périodes de suspension éventuelles, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre.

Le Ministre prend, après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, une décision motivée visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 3, 1°, 2° ou 3° dans le délai de soixante jours après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée définitive de la Commission.

Le Ministre transmet cette décision au(x) distributeur(s) concernés et aux intervenants dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}.

Art. 140. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 2, et d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours qui suit ce délai, il est mis fin au remboursement temporaire accordé dans le cadre d'une application clinique limitée.

Le fonctionnaire délégué en informe le ou les distributeurs concernés et les intervenants dans l'analyse visée à l'article 134, § 1^{er}, alinéa 1^{er}.

TITRE IV. — Adaptation d'une liste nominative

CHAPITRE 1^{er}. — Dispositions générales

Art. 141. Une liste nominative est adaptée sur proposition de la Commission, par décision du Comité de l'assurance.

Art. 142. Les adaptations d'une liste nominative peuvent consister en l'inscription ou la suppression de dispositifs ou bien porter sur la modification du nom du dispositif, ou du distributeur, d'une référence ou du prix individuel du dispositif.

CHAPITRE 2. — Adaptation d'une liste nominative à la demande du demandeur

Section 1^{re}. — Disposition générale

Art. 143. La procédure décrite dans la présente section s'applique aux demandes d'adaptation d'une liste nominative visée à l'article 142 concernant les dispositifs et qui sont répertoriés en sous-classe 2b visée à l'article 17.

Section 2. — Procédure

Sous-section 1^{re}. — Demande d'inscription

Art. 144. La demande d'inscription d'un dispositif sur une liste nominative au sens de l'article 143 est adressée par le demandeur au secrétariat.

Art. 145. En cas de demande d'inscription, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

1° l'identification du demandeur (dénomination, siège social, numéro d'entreprise, statut juridique);

2° le cas échéant, le ou les code(s) de notification de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme;

3° le nom et les numéros de référence du dispositif;

4° une description détaillée du dispositif;

5° une déclaration motivée attestant de la conformité du dispositif avec la prestation inscrite sur la liste et de la disponibilité de données suffisantes qui confirment la sûreté du dispositif;

6° le cas échéant, tous les éléments prévus dans les modalités de remboursement;

7° le prix individuel, le prix de vente en application dans d'autres Etats membres de l'Union européenne et, le cas échéant, une preuve de fixation de prix délivrée par le Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie ou, à défaut de celle-ci, une preuve de l'introduction d'une demande avec l'obligation de joindre la preuve de fixation de prix au dossier dès qu'elle est disponible;

8° la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE;

9° le mode d'emploi.

Art. 146. § 1. Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de aanvraag tot opname zoals bedoeld in artikel 144 binnen de termijn van dertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 1°.

Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot opname en van de datum van ontvankelijkheid ervan, waarna de in artikel 4, § 2, 4°, voorziene termijn van vijftienzeventig dagen begint te lopen (dag 0).

§ 2. Indien de aanvraag tot opname niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager binnen de termijn van dertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 1°, met de vermelding van de ontbrekende elementen.

De aanvrager beschikt over de termijn van twintig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 2°, na ontvangst van deze vermelding om de ontbrekende elementen over te maken aan het secretariaat.

§ 3. De termijn van dertig dagen, zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 1°, begint te lopen na ontvangst door het secretariaat van de ontbrekende elementen.

Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de vervulde aanvraag tot opname binnen de termijn van dertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 3°.

§ 4. Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van de ontvankelijkheid, waarna de in artikel 4, § 2, 4°, voorziene termijn van vijftienzeventig dagen begint te lopen (dag 0).

§ 5. Indien de aanvrager de ontbrekende elementen niet of laattijdig overmaakt aan het secretariaat, wordt de aanvraag tot opname afgesloten door het secretariaat.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

§ 6. Indien het secretariaat binnen de termijn bedoeld in § 1 en in voorkomend geval § 3, geen beslissing heeft genomen met betrekking tot de ontvankelijkheid van de aanvraag, wordt de aanvraag tot opname geacht ontvankelijk te zijn, waarna de in artikel 4, § 2, 4°, voorziene termijn van vijftienzeventig dagen begint te lopen (dag 0).

Art. 147. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel uit omtrent de aanvraag tot opname binnen de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijftienzeventig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Het gemotiveerd voorstel omvat een voorstel omtrent de verstrekking waaraan de nominatieve lijst wordt gekoppeld, de naam van het hulpmiddel, de onderneming die het hulpmiddel op de Belgische markt brengt, in voorkomend geval de referentie gebruikt door de onderneming die het hulpmiddel op de Belgische markt brengt en de individuele prijs.

Art. 148. § 1. In geval het gemotiveerd voorstel van de Commissie niet afwijkt van de aanvraag tot opname zoals bedoeld in artikel 144, brengt de Commissie dit voorstel uit bij wijze van een gemotiveerd definitief voorstel.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de voorzitter van het Verzekeringscomité, binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijftienzeventig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 2. Ingeval het gemotiveerd voorstel van de Commissie afwijkt van de aanvraag tot opname zoals bedoeld in artikel 144, brengt de Commissie een gemotiveerd voorlopig voorstel uit binnen een termijn die niet langer duurt dan vijftienzeventig dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijftienzeventig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager overgemaakt waarna die over een termijn van tien dagen beschikt om hierop te reageren.

§ 3. De aanvrager kan het secretariaat binnen de termijn van tien dagen, bedoeld in § 2, tweede lid, meedelen dat hij over een langere termijn wenst te beschikken om zijn opmerkingen of bezwaren bij het gemotiveerd voorlopig voorstel over te maken.

In dit geval wordt de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijftienzeventig dagen geschorst vanaf het verstrijken van deze termijn van tien dagen tot de plenaire zitting van de Commissie waarop dit dossier zal besproken worden, met dien verstande dat het dossier dient te worden besproken in een plenaire zitting van de Commissie binnen een termijn van vijftienzeventig dagen na ontvangst van de opmerkingen of bezwaren van de aanvrager en met dien verstande dat de reactie van de aanvrager binnen een termijn van negentig dagen na aanvang van de schorsing door het secretariaat ontvangen moet worden.

Art. 146. § 1^{er}. Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande d'inscription visée à l'article 144 dans le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 1°.

Le secrétariat communique au demandeur la date de la réception de la demande d'inscription ainsi que la date de sa recevabilité à partir de laquelle le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 2. Si la demande d'inscription est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur dans le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 1°, en mentionnant les éléments manquants.

Le demandeur dispose du délai de vingt jours visé à l'article 4, § 2, 2°, après réception de cette information pour faire parvenir les éléments manquants au secrétariat.

§ 3. Le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 1°, commence à courir après réception des éléments manquants par le secrétariat.

Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande d'inscription complétée dans le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 3°.

§ 4. Le secrétariat communique au demandeur la date de la recevabilité à partir de laquelle le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 5. Si le demandeur ne transmet pas ou transmet tardivement les éléments manquants au secrétariat, la demande d'inscription est clôturée par le secrétariat.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

§ 6. Si le secrétariat ne prend pas, dans le délai visé au § 1^{er} et le cas échéant au § 3, une décision quant à la recevabilité de la demande, la demande d'inscription est réputée être recevable, et le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, commence à courir (jour 0).

Art. 147. La Commission émet, si possible, une proposition motivée concernant la demande d'inscription dans le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée comporte une proposition concernant la prestation à laquelle est couplée la liste nominative, le nom du dispositif, l'entreprise qui met le dispositif sur le marché belge, le cas échéant, la référence utilisée par l'entreprise qui met le dispositif sur le marché belge et le prix individuel.

Art. 148. § 1^{er}. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission ne s'écarte pas de la demande d'inscription visée à l'article 144, la Commission émet cette proposition sous forme d'une proposition motivée définitive.

Cette proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au président du Comité d'assurance dans un délai qui n'excède pas le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

§ 2. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission s'écarte de la demande d'inscription visée à l'article 144, la Commission émet une proposition motivée provisoire dans un délai qui n'excède pas quarante-cinq jours après le début du délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée provisoire est transmise par le secrétariat au demandeur qui dispose d'un délai de dix jours pour réagir.

§ 3. Le demandeur peut, dans le délai de dix jours visé au § 2, alinéa 2, communiquer au secrétariat qu'il souhaite disposer d'un délai plus long pour formuler ses remarques ou objections sur la proposition motivée provisoire.

Dans ce cas, le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, est suspendu à compter de l'expiration de ce délai de dix jours jusqu'à la séance plénière de la Commission au cours de laquelle ce dossier sera discuté, étant entendu que le dossier doit être discuté en séance plénière de la Commission dans un délai de vingt-cinq jours à compter de la réception des remarques ou objections du demandeur et, étant entendu que la réaction du demandeur doit parvenir au secrétariat de la Commission dans un délai de nonante jours après le début de la suspension.

§ 4. Indien de aanvrager opmerkingen of bezwaren indient, onderzoekt de Commissie deze opmerkingen of bezwaren en brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit zoals bedoeld in § 1.

§ 5. Indien de aanvrager geen opmerkingen of bezwaren meer heeft gemaakt over het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie, wordt dit het gemotiveerd definitief voorstel.

§ 6. Het gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de voorzitter van het Verzekeringscomité binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 2, 4^o, bedoelde termijn van vijfenzeventig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 149. Het Verzekeringscomité neemt een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de termijn van vijfenveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5^o, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Indien het Verzekeringscomité binnen de termijn van vijfenveertig dagen bedoeld in artikel 4, § 2, 5^o, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie geen gemotiveerde beslissing neemt, wordt de beslissing geacht in overeenstemming te zijn met het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 150. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 2, 4^o, bedoelde termijn van vijfenzeventig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing, brengt de gemachtigde ambtenaar het Verzekeringscomité hiervan op de hoogte.

Het Verzekeringscomité neemt een gemotiveerde beslissing omtrent de aanvraag tot opname binnen een termijn van vijfenveertig dagen artikel 4, § 2, 5^o, nadat het Verzekeringscomité door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 151. De gemotiveerde beslissing van het Verzekeringscomité over de aanvraag tot opname wordt door de gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de aanvrager.

Art. 152. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 2, 4^o, voorziene termijn van vijfenzeventig dagen en indien het Verzekeringscomité evenmin een gemotiveerde beslissing heeft genomen binnen de termijn van vijfenveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5^o, wordt de aanvraag tot opname geacht te zijn aanvaard.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Deze kennisgeving bevat het meest recente voorstel tot opname vanwege de aanvrager in de zin van artikel 13.

Onderafdeling 2. — Aanvraag tot wijziging van de gegevens in een nominatieve lijst

Art. 153. De aanvraag tot wijziging van de gegevens van een hulpmiddel ingeschreven in een nominatieve lijst zoals bedoeld in artikel 142 wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat.

Art. 154. In geval van een aanvraag tot wijziging, worden de volgende gegevens verstrekt overeenkomstig het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 :

1^o de identificatie van de aanvrager, benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut;

2^o in voorkomend geval de notificatiecode(s) van het implantaat of hulpmiddel voor langdurig gebruik;

3^o de bestaande verstrekking en vergoedingsmodaliteiten;

4^o de voorgestelde wijzigingen en in voorkomend geval een verantwoording van de nieuwe individuele prijs aan de hand van gefundeerde economische gegevens;

5^o in voorkomend geval, een bewijs van prijsvaststelling afgeleverd door de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, of bij ontbreken hiervan een bewijs van indiening van een aanvraag met de verplichting het bewijs van prijsvaststelling aan het dossier toe te voegen van zodra het beschikbaar is;

6^o de conformiteitsverklaring en de vereiste certificaten in verband met de CE-markering.

Art. 155. § 1. Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de aanvraag tot wijziging zoals bedoeld in artikel 153 binnen de termijn van dertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 1^o.

§ 4. Si le demandeur formule des remarques ou des objections, la Commission les examine et émet, si possible, une proposition motivée définitive comme prévu au § 1^{er}.

§ 5. Si le demandeur n'a plus fait ni de remarques ni d'objections sur la proposition motivée provisoire de la Commission, la proposition motivée provisoire devient définitive.

§ 6. La proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au président du Comité d'assurance dans un délai qui n'excède pas le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 149. Le Comité de l'assurance prend une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5^o, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission.

A défaut de décision motivée du Comité de l'assurance dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5^o, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission, la décision est réputée être en conformité avec la proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 150. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, compte tenu des périodes de suspension éventuelles, le fonctionnaire délégué en informe le Comité de l'assurance.

Le Comité de l'assurance prend une décision motivée concernant la demande d'inscription dans un délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5^o, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 151. La décision motivée du Comité de l'assurance concernant la demande d'inscription est communiquée au demandeur par le fonctionnaire délégué.

Art. 152. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, et d'une décision motivée du Comité de l'assurance dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5^o, la demande d'inscription est réputée avoir été acceptée.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Cette communication contient la proposition la plus récente d'inscription de la part du demandeur au sens de l'article 13.

Sous-section 2. — Demande de modification des données figurant sur une liste nominative

Art. 153. La demande de modification des données d'un dispositif inscrit sur une liste nominative visée à l'article 142 est adressée par le demandeur au secrétariat.

Art. 154. En cas de demande de modification, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

1^o l'identification du demandeur, le nom, le siège principal, le numéro d'entreprise, le statut juridique;

2^o le cas échéant, le ou les code(s) de notification de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme;

3^o la prestation et les modalités de remboursement existantes;

4^o les modifications proposées et, le cas échéant, une justification du nouveau prix unitaire sur la base de données économiques fondées;

5^o le cas échéant, une preuve de fixation de prix délivrée par le Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie ou, à défaut de celle-ci, une preuve de l'introduction d'une demande avec l'obligation de joindre cette preuve au dossier dès qu'elle est disponible;

6^o la déclaration de conformité et les certificats requis en rapport avec le marquage CE.

Art. 155. § 1^{er}. Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de modification visée à l'article 153 dans le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 1^o.

Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot wijziging en van de datum van ontvankelijkheid ervan, waarna de in artikel 4, § 2, 4°, voorziene termijn van vijftien dagen begint te lopen (dag 0).

§ 2. Indien de aanvraag tot wijziging niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager binnen de dertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 1°, met de vermelding van de ontbrekende elementen.

De aanvrager beschikt over de termijn van twintig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 2°, na ontvangst van de vermelding van de ontbrekende elementen om deze over te maken aan het secretariaat.

§ 3. De termijn van dertig dagen, zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 1°, begint te lopen na ontvangst door het secretariaat van de ontbrekende elementen.

Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de vervulde aanvraag tot wijziging binnen de termijn van dertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 3°.

§ 4. Het secretariaat geeft de aanvrager kennis van de datum van de ontvankelijkheid, waarna de in artikel 4, § 2, 4°, voorziene termijn van vijftien dagen begint te lopen (dag 0).

§ 5. Indien de aanvrager de ontbrekende elementen niet of laattijdig overmaakt aan het secretariaat, wordt de aanvraag tot wijziging afgesloten door het secretariaat.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

§ 6. Indien het secretariaat binnen de termijn bedoeld in § 1 en in voorkomend geval § 3, geen beslissing heeft genomen met betrekking tot de ontvankelijkheid van de aanvraag, wordt de aanvraag tot wijziging geacht ontvankelijk te zijn, waarna de in artikel 4, § 2, 4°, voorziene termijn van vijftien dagen begint te lopen (dag 0).

Art. 156. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel uit omtrent de aanvraag tot wijziging binnen de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijftien dagen.

Het gemotiveerd voorstel omvat een voorstel omtrent de verstrekking waaraan de nominatieve lijst wordt gekoppeld, de naam van het hulpmiddel, de onderneming die het hulpmiddel op de Belgische markt brengt, de referentie gebruikt door de onderneming die het hulpmiddel op de Belgische markt brengt en de individuele prijs.

Art. 157. § 1. In geval het gemotiveerd voorstel van de Commissie niet afwijkt van de aanvraag tot wijziging zoals bedoeld in artikel 153, brengt de Commissie dit voorstel uit bij wijze van een gemotiveerd definitief voorstel.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de voorzitter van het Verzekeringscomité, binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 2, 4° bedoelde termijn van vijftien dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

§ 2. Ingeval het gemotiveerd voorstel van de Commissie afwijkt van de aanvraag tot wijziging zoals bedoeld in artikel 153, brengt de Commissie een gemotiveerd voorlopig voorstel uit binnen een termijn die niet langer duurt dan vijftien dagen na de aanvang van de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijftien dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager overgemaakt waarna die over een termijn van tien dagen beschikt om hierop te reageren.

§ 3. De aanvrager kan het secretariaat binnen de termijn van tien dagen, bedoeld in § 2, tweede lid, meedelen dat hij over een langere termijn wenst te beschikken om zijn opmerkingen of bezwaren bij het gemotiveerd voorlopig voorstel over te maken.

In dit geval wordt de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijftien dagen geschorst vanaf het verstrijken van deze termijn van tien dagen tot de plenaire zitting van de Commissie waarop dit dossier zal besproken worden, met dien verstande dat het dossier dient te worden besproken in een plenaire zitting van de Commissie binnen een termijn van vijftien dagen na ontvangst van de opmerkingen of bezwaren van de aanvrager en met dien verstande dat de reactie van de aanvrager binnen een termijn van negentig dagen na aanvang van de schorsing door het secretariaat ontvangen moet worden.

§ 4. Indien de aanvrager opmerkingen of bezwaren indient, onderzoekt de Commissie deze opmerkingen of bezwaren en brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit zoals bedoeld in § 1.

Le secrétariat communique au demandeur la date de réception de la demande de modification ainsi que la date de sa recevabilité à partir de laquelle le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 2. Si la demande de modification est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur dans le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 1°, en mentionnant les éléments manquants.

Le demandeur dispose du délai de vingt jours visé à l'article 4, § 2, 2°, après réception de cette information pour faire parvenir les éléments manquants au secrétariat.

§ 3. Le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 1°, commence à courir après réception des éléments manquants par le secrétariat.

Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de modification complétée dans le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 3°.

§ 4. Le secrétariat communique au demandeur la date de la recevabilité à partir de laquelle le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 5. Si le demandeur ne transmet pas ou transmet tardivement les éléments manquants au secrétariat, la demande de modification est clôturée par le secrétariat.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

§ 6. Si le secrétariat ne prend pas, dans le délai visé au § 1^{er} et le cas échéant au § 3, une décision quant à la recevabilité de la demande, la demande de modification est réputée être recevable, et le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, commence à courir (jour 0).

Art. 156. La Commission émet, si possible, une proposition motivée concernant la demande de modification dans le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°.

Cette proposition motivée comporte une proposition concernant la prestation à laquelle est couplée la liste nominative, le nom du dispositif, l'entreprise qui met le dispositif sur le marché belge, la référence utilisée par l'entreprise qui met le dispositif sur le marché belge et le prix individuel.

Art. 157. § 1^{er}. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission ne s'écarte pas de la demande de modification visée à l'article 153, la Commission émet cette proposition sous forme d'une proposition motivée définitive.

Cette proposition motivée définitive est transmise par le secrétariat au président du Comité d'assurance dans un délai qui n'excède pas le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

§ 2. Dans le cas où la proposition motivée de la Commission s'écarte de la demande de modification visée à l'article 153, la Commission émet une proposition motivée provisoire dans un délai qui n'excède pas quarante-cinq jours après le début du délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée provisoire est transmise par le secrétariat au demandeur qui dispose d'un délai de dix jours pour réagir.

§ 3. Le demandeur peut, dans le délai de dix jours visé au § 2, alinéa 2, communiquer au secrétariat qu'il souhaite disposer d'un délai plus long pour formuler ses remarques ou objections sur la proposition motivée provisoire.

Dans ce cas, le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, est suspendu à compter de l'expiration de ce délai de dix jours jusqu'à la séance plénière de la Commission au cours de laquelle ce dossier sera discuté, étant entendu que le dossier doit être discuté en séance plénière de la Commission dans un délai de vingt-cinq jours à compter de la réception des remarques ou objections du demandeur et, étant entendu que la réaction du demandeur doit parvenir au secrétariat de la Commission dans un délai de nonante jours après le début de suspension.

§ 4. Si le demandeur formule des remarques ou des objections, la Commission les examine et émet, si possible, une proposition motivée définitive comme prévu au § 1^{er}.

§ 5. Indien de aanvrager geen opmerkingen of bezwaren meer heeft gemaakt over het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie, wordt dit het gemotiveerd definitief voorstel.

§ 6. Het gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de voorzitter van het Verzekeringscomité binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijftienzeventig dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 158. Het Verzekeringscomité neemt een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de termijn van vijftienzeventig dagen voorzien in artikel 4, § 2, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Indien het Verzekeringscomité binnen de termijn van vijftienzeventig dagen bedoeld in artikel 4, § 2, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie geen gemotiveerde beslissing neemt, wordt de beslissing geacht in overeenstemming te zijn met het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 159. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 2, 4°, bedoelde termijn van vijftienzeventig dagen, brengt de gemachtigde ambtenaar het Verzekeringscomité hiervan op de hoogte.

Het Verzekeringscomité neemt een gemotiveerde beslissing omtrent de aanvraag tot wijziging binnen de termijn van vijftienzeventig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5°, nadat het Verzekeringscomité door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 160. De gemotiveerde beslissing van het Verzekeringscomité over de aanvraag tot wijziging wordt door de gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de aanvrager.

Art. 161. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 2, 4°, voorziene termijn van vijftienzeventig dagen en indien het Verzekeringscomité evenmin een gemotiveerde beslissing heeft genomen binnen de termijn van vijftienzeventig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5°, wordt de aanvraag tot wijziging geacht te zijn aanvaard.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Deze kennisgeving bevat het meest recente voorstel tot wijziging vanwege de aanvrager in de zin van artikel 13.

Onderafdeling 3. — Aanvraag tot schrapping

Art. 162. De aanvraag tot schrapping van een hulpmiddel van een nominatieve lijst zoals bedoeld in artikel 143 wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat.

Art. 163. In geval van een aanvraag tot schrapping, worden de volgende gegevens verstrekt overeenkomstig het aanvraagformulier waarvan het model is opgenomen in bijlage 3 bij dit besluit :

1° de identificatie van de aanvrager, benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut;

2° in voorkomend geval de notificatiecode(s) van het implantaat of het hulpmiddel voor langdurig gebruik en, indien het hulpmiddel op initiatief van de aanvrager uit de handel wordt genomen, het bewijs dat de schrapping van de notificatiecodes werd aangevraagd;

3° de verstrekking en de vergoedingsmodaliteiten in de lijst waartoe het voor schrapping aangevraagde hulpmiddel behoort;

4° de verantwoording van de schrapping.

Art. 164. § 1. Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de aanvraag tot schrapping binnen de termijn van dertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 1°.

Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot schrapping en van de datum van ontvankelijkheid ervan, waarna de in artikel 4, § 2, 4°, voorziene termijn van vijftienzeventig dagen begint te lopen (dag 0).

§ 2. Indien de aanvraag tot schrapping niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager binnen de termijn van dertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 1°, met de vermelding van de ontbrekende elementen.

De aanvrager beschikt over de termijn van twintig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 2°, na ontvangst van de vermelding van de ontbrekende elementen om deze over te maken aan het secretariaat.

§ 5. Si le demandeur n'a plus fait ni de remarques ni d'objections sur la proposition motivée provisoire de la Commission, la proposition motivée provisoire devient définitive.

§ 6. La proposition motivée définitive est transmise par le secrétaire au président du Comité d'assurance dans un délai qui n'excède pas le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 158. Le Comité de l'assurance prend une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission.

A défaut de décision motivée du Comité de l'assurance dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission, la décision est réputée être en conformité avec la proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 159. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, le fonctionnaire délégué en informe le Comité de l'assurance.

Le Comité de l'assurance prend une décision motivée concernant la demande de modification dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 160. La décision motivée du Comité de l'assurance concernant la demande de modification est communiquée au demandeur par le fonctionnaire délégué.

Art. 161. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, et d'une décision motivée du Comité de l'assurance dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, la demande de modification est réputée avoir été acceptée.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Cette communication contient la proposition la plus récente de modification de la part du demandeur au sens de l'article 13.

Sous-section 3. — Demande de suppression

Art. 162. La demande de suppression d'un dispositif inscrit sur une liste nominative visée à l'article 143 est adressée par le demandeur au secrétaire.

Art. 163. En cas de demande de suppression, les données suivantes sont communiquées au moyen d'un formulaire de demande dont le modèle est repris à l'annexe 3 :

1° l'identification du demandeur, le nom, le siège principal, le numéro d'entreprise, le statut juridique;

2° le cas échéant, le ou les code(s) de notification de l'implant ou du dispositif pour usage à long terme et, lorsque le dispositif est retiré du marché à l'initiative du demandeur, la preuve que la suppression des codes de notification a été demandée;

3° la prestation et les modalités de remboursement figurant sur la liste auxquelles appartient le dispositif dont la suppression est demandée;

4° la justification de la suppression.

Art. 164. § 1^{er}. Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de suppression dans le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 1°.

Le secrétariat le communique au demandeur la date de la réception de la demande de suppression ainsi que la date de sa recevabilité à partir de laquelle le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4°, commence à courir (jour 0).

§ 2. Si la demande de suppression est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur dans le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 1°, en mentionnant les éléments manquants.

Le demandeur dispose du délai de vingt jours visé à l'article 4, § 2, 2°, après réception de cette information pour faire parvenir les éléments manquants au secrétariat.

§ 3. De termijn van dertig dagen, zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 1^o, begint te lopen na ontvangst door het secretariaat van de ontbrekende elementen.

Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de vervulde aanvraag tot schrapping binnen de termijn van dertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 3^o.

§ 4. Het secretariaat geeft de aanvrager kennis van de datum van de ontvankelijkheid, waarna de in artikel 4, § 2, 4^o, voorziene termijn van vijftien dagen begint te lopen (dag 0).

§ 5. Indien de aanvrager de ontbrekende elementen niet of laattijdig overmaakt aan het secretariaat, wordt de aanvraag tot schrapping afgesloten door het secretariaat.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

§ 6. Indien het secretariaat binnen de termijn bedoeld in § 1 en in voorkomend geval § 3, geen beslissing heeft genomen met betrekking tot de ontvankelijkheid van de aanvraag, wordt de aanvraag tot schrapping geacht ontvankelijk te zijn, waarna de in artikel 4, § 2, 4^o, voorziene termijn van vijftien dagen begint te lopen (dag 0).

Art. 165. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel uit omtrent de aanvraag tot schrapping binnen de in artikel 4, § 2, 4^o, bedoelde termijn van vijftien dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

Dit gemotiveerd definitief voorstel wordt door het secretariaat overgemaakt aan de voorzitter van het Verzekeringscomité, binnen een termijn die niet langer duurt dan de in artikel 4, § 2, 4^o, bedoelde termijn van vijftien dagen, rekening houdend met de eventuele periodes van schorsing.

De aanvrager wordt door de gemachtigde ambtenaar in kennis gesteld van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 166. Het Verzekeringscomité neemt een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de termijn van vijftien dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5^o, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Indien het Verzekeringscomité binnen de termijn van vijftien dagen bedoeld in artikel 4, § 2, 5^o, na ontvangst van het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie geen gemotiveerde beslissing neemt, wordt de beslissing geacht in overeenstemming te zijn met het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 167. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 2, 4^o, bedoelde termijn van vijftien dagen, brengt de gemachtigde ambtenaar het Verzekeringscomité hiervan op de hoogte.

Het Verzekeringscomité neemt een gemotiveerde beslissing omtrent de aanvraag tot schrapping binnen de termijn van vijftien dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5^o, nadat het Verzekeringscomité door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 168. De gemotiveerde beslissing over de aanvraag tot schrapping wordt door de gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de aanvrager.

Art. 169. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie binnen de in artikel 4, § 2, 4^o, voorziene termijn van vijftien dagen en indien het Verzekeringscomité evenmin een gemotiveerde beslissing heeft genomen binnen de termijn van vijftien dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5^o, wordt de aanvraag tot schrapping geacht te zijn aanvaard.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Deze kennisgeving bevat het meest recente voorstel tot schrapping vanwege de aanvrager in de zin van artikel 13.

§ 3. Le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 1^o, commence à courir après réception des éléments manquants par le secrétariat.

Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de suppression complétée dans le délai de trente jours visé à l'article 4, § 2, 3^o.

§ 4. Le secrétariat communique au demandeur la date de la recevabilité à partir de laquelle le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, commence à courir (jour 0).

§ 5. Si le demandeur ne transmet pas ou transmet tardivement les éléments manquants au secrétariat, la demande de suppression est clôturée par le secrétariat.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

§ 6. Si le secrétariat ne prend pas, dans le délai visé au § 1^{er} et le cas échéant au § 3, une décision quant à la recevabilité de la demande, la demande de suppression est réputée être recevable, et le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, commence à courir (jour 0).

Art. 165. La Commission émet si possible, une proposition motivée concernant la demande de suppression dans le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Cette proposition motivée définitive de la Commission est transmise par le secrétariat au président du Comité de l'assurance dans un délai qui n'excède pas le délai de septante-cinq jours visés à l'article 4, § 2, 4^o, compte tenu des périodes de suspension éventuelles.

Le demandeur est informé de la proposition motivée définitive de la Commission par le fonctionnaire délégué.

Art. 166. Le Comité de l'assurance prend une décision motivée concernant la proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5^o, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission.

A défaut d'une décision motivée du Comité de l'assurance dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5^o, après réception de la proposition motivée définitive de la Commission, la décision est réputée être en conformité avec la proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 167. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, le fonctionnaire délégué en informe le Comité de l'assurance.

Le Comité de l'assurance prend une décision motivée concernant la demande de suppression dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5^o, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 168. La décision motivée du Comité de l'assurance concernant la demande de suppression est communiquée au demandeur par le fonctionnaire délégué.

Art. 169. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission dans le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, et d'une décision motivée du Comité de l'assurance dans le délai de quarante-cinq visé à l'article 4, § 2, 5^o, la demande de suppression est réputée avoir été acceptée.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Cette communication contient la proposition la plus récente de suppression de la part du demandeur au sens de l'article 13.

HOOFDSTUK 3. — *Aanpassing van een nominatieve lijst op vraag van de Minister of de Commissie*

Afdeling 1. — Algemene bepaling

Art. 170. De procedure in deze afdeling is van toepassing op aanvragen tot aanpassing van een nominatieve lijst zoals bedoeld in artikel 141 met betrekking tot hulpmiddelen en die gerangschikt worden in subklasse 2b zoals bedoeld in artikel 17.

In geval van een aanvraag tot aanpassing van een nominatieve lijst op vraag van de Minister of de Commissie, kan de Commissie de betrokken verdelers hierover informeren en/of benodigde informatie opvragen.

De gevraagde informatie dient binnen een termijn van negentig dagen te worden bezorgd aan het secretariaat.

Elk lid van de Commissie kan een aanvraag doen tot aanpassing van een nominatieve lijst.

De Commissie beslist of de aanvraag tot aanpassing wordt behandeld.

Afdeling 2. — Procedure

Art. 171. De Commissie brengt een gemotiveerd voorlopig voorstel uit dat aan de betrokken verdelers wordt overgemaakt.

Het gemotiveerd voorlopig voorstel bevat de gegevens die in de betrokken nominatieve lijst worden opgenomen, gewijzigd of geschrapt.

De betrokken verdelers beschikken over een termijn van vijftien dagen na ontvangst van het gemotiveerd voorlopig voorstel van de Commissie om technische correcties van vergissingen van de gegevens over te maken aan het secretariaat.

Art. 172. De Commissie brengt, indien mogelijk, een gemotiveerd definitief voorstel uit inzake de vraag tot aanpassing van een nominatieve lijst dat door het secretariaat aan de voorzitter van het Verzekeringscomité wordt overgemaakt.

Art. 173. Het Verzekeringscomité beslist over het gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 174. Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie brengt de gemachtigde ambtenaar het Verzekeringscomité hiervan op de hoogte.

Het Verzekeringscomité neemt een gemotiveerde beslissing omtrent de aanvraag tot aanpassing nadat het Verzekeringscomité door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie.

Art. 175. De beslissing over de aanvraag tot aanpassing van een nominatieve lijst wordt door de gemachtigde ambtenaar ter kennis gegeven aan de Minister en de betrokken verdelers indien het initiatief tot aanvraag tot aanpassing van de Minister komt.

TITEL V. — *Bijzondere bepalingen*

Art. 176. In die gevallen waar er in dit besluit sprake is van een kennisgeving door de Minister van een beslissing van de Minister, kan de Minister een machtiging toekennen aan de directeur van zijn beleidscel om in zijn naam de beslissingen te ondertekenen die door Hem zijn genomen.

Art. 177. De Minister kan de Dienst machtigen om de gemotiveerde definitieve voorstellen van de Commissie om de lijst aan te passen, die de uitgaven kunnen beïnvloeden, reeds door te sturen naar de Minister tot wiens bevoegdheid de Begroting behoort en naar de Inspecteur van Financiën.

CHAPITRE 3. — *Adaptation d'une liste nominative à la demande du Ministre ou de la Commission*

Section 1^{re}. — Disposition générale

Art. 170. La procédure décrite dans la présente section s'applique aux demandes d'adaptation d'une liste nominative visée à l'article 141 concernant les dispositifs et qui sont répertoriés en sous-classe 2b visée à l'article 17.

En cas de demande d'adaptation d'une liste nominative, introduite par le Ministre ou par la Commission, la Commission peut en informer les distributeurs concernés et/ou solliciter toute information utile.

Les informations sollicitées sont communiquées au secrétariat dans un délai de nonante jours.

Chaque membre de la Commission peut introduire une demande d'adaptation d'une liste nominative.

La Commission décide si la demande d'adaptation est traitée.

Section 2. — Procédure

Art. 171. La Commission émet une proposition motivée provisoire qui est communiquée au(x) distributeur(s) concerné(s).

La proposition motivée provisoire contient les données inscrites, modifiées ou supprimées dans la liste nominative concernée.

Le ou les distributeurs concernés disposent d'un délai de quarante-cinq jours à compter de la réception de la proposition motivée provisoire de la Commission pour communiquer au secrétariat les corrections techniques des données erronées.

Art. 172. La Commission émet, si possible, une proposition motivée définitive concernant la demande d'adaptation d'une liste nominative, qui est transmise au président du Comité de l'assurance par le secrétariat.

Art. 173. Le Comité de l'assurance prend une décision concernant la proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 174. A défaut d'une proposition motivée définitive de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Comité de l'assurance.

Le Comité de l'assurance prend une décision motivée concernant la demande d'adaptation après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée définitive de la Commission.

Art. 175. La décision concernant la demande d'adaptation d'une liste nominative est communiquée au Ministre par le fonctionnaire délégué et au distributeur concerné si la demande d'adaptation est introduite à l'initiative du Ministre.

TITRE V. — *Dispositions particulières*

Art. 176. Dans les cas où dans le présent arrêté il est question d'une communication d'une décision du Ministre par le Ministre, ce dernier peut donner délégation au directeur de sa cellule stratégique de signer en son nom les décisions qui ont été prises par Lui.

Art. 177. Le Ministre peut autoriser le Service à adresser aussitôt que possible les propositions motivées définitives de la Commission d'adaptation de la liste qui peuvent influencer les dépenses, au Ministre qui a le Budget dans ses attributions et à l'Inspecteur des Finances.

Art. 178. De Dienst stelt de aanpassingen aan de lijst of een nominatieve lijst voor aan respectievelijk de Minister of het Verzekeringcomité zonder tussenkomst van de Commissie in geval van technische correcties, van vergissingen op het vlak van de omschrijving van de verstrekking, van vergoedingsmodaliteiten of de gegevens op een nominatieve lijst, indien dergelijke vergissingen duidelijk blijken uit de stukken van de aanvraag of gesignaleerd worden door deskundigen of leden van de Commissie.

Art. 179. De Dienst zorgt twee jaar na de inwerkingtreding van dit besluit voor een evaluatie van de werking van het vergoedingssysteem, de procedures en de naleving van de procedures zoals bedoeld in dit besluit, en maakt deze over aan het Verzekeringcomité.

TITEL VI. — Wijzigings- en opheffingsbepalingen

HOOFDSTUK 1. — Paramedische medewerkers

Art. 180. In artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 juni 1967 tot vaststelling van de vergoedingsbedragen tot terugbetaling in de honoraria en de prijzen voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die niet individueel toetreden zijn tot een nationale overeenkomst die het quorum van 60 p.c., individuele toetredingen van het aantal beoefenaars van de onderscheidene beroepen, bereikt heeft, worden de woorden "de verstrekkingen van implantaten" opgeheven.

HOOFDSTUK 2. — Technische raden en Commissie voor tegemoetkoming van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Art. 181. In Titel II, Hoofdstuk I, afdeling VII, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet, worden opgeheven :

1° de titel "E. Technische raad voor implantaten".

2° het artikel 51.

Art. 182. In Titel II, Hoofdstuk I, afdeling VII, van hetzelfde besluit, worden in de titel I. Gemene bepalingen ter zake van de Technische farmaceutische raad, de Technische raad voor kinesitherapie, de Technische raad voor ziekenhuisverpleging, de Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen, de Technische raad voor implantaten en de Technische raad voor bandagen, orthesen en prothesen, de Technische raad voor rolstoelen en de Technische Raad voor radio-isotopen, ingevoegd bij koninklijk besluit van 28 december 2006, worden de woorden "de Technische raad voor implantaten", opgeheven.

Art. 183. In artikel 122*unvicies*, § 1, tweede lid, van hetzelfde besluit, ingevoegd bij koninklijk besluit van 10 februari 2008, wordt de eerste zin vervangen als volgt :

« Deze deskundigen zullen eventueel personeelsleden van het Instituut zijn. De deskundigen die geen deel uitmaken van het personeel van het Instituut worden voor de werkzaamheden en verslagen die van hen gevraagd worden op basis van vertoon van een honorariumstaat of op forfaitaire basis vergoed. »

Art. 184. Het koninklijk besluit van 18 januari 1999 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Technische Raad voor implantaten ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, en haar bijlage, gewijzigd bij koninklijk besluit van 12 augustus 2008, wordt opgeheven.

HOOFDSTUK 3. — Geneeskundige verstrekkingen

Art. 185. De artikelen 35 en 35*bis* van de nomenclatuur worden opgeheven.

HOOFDSTUK 4. — Notificatie

Art. 186. In de aanhef van het koninklijk besluit van 1 maart 2009 tot uitvoering van artikel 35*septies*, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de notificatie van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik, worden de woorden "§ 1" opgeheven.

TITEL VII. — Overgangsbepalingen

HOOFDSTUK 1. — Lijst

Art. 187. De behandeling van de aanvragen tot wijziging van artikel 35 en/of 35*bis* van de nomenclatuur, ingediend of aangevuld tussen 13 januari 2014 en 1 juli 2014, waar nog geen advies over werd gegeven, gebeurt overeenkomstig de bepalingen opgenomen in artikel 188.

Art. 188. § 1. Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de aanvraag tot wijziging bedoeld in artikel 187 binnen de termijn van vijftien dagen.

Art. 178. Le Service propose les adaptations de la liste ou d'une liste nominative respectivement au Ministre ou au Comité de l'assurance sans intervention de la Commission en cas de corrections techniques d'erreurs sur le plan de la description de la prestation, de ses modalités de remboursement ou sur le plan des données d'une liste nominative si ces erreurs ressortent clairement des documents de la demande ou sont signalées par des experts ou des membres de la Commission.

Art. 179. Le Service procède deux ans après l'entrée en vigueur du présent arrêté à une évaluation du fonctionnement du système de remboursement, des procédures et du respect des procédures visés dans le présent arrêté, et transmet celle-ci au Comité de l'assurance.

TITRE VI. — Dispositions modificatives et abrogatoires

CHAPITRE 1^{er}. — Auxiliaires paramédicaux

Art. 180. A l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 juin 1967 fixant le taux de remboursement de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de santé effectués par les accoucheuses et les auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré individuellement à une convention nationale qui a obtenu le quorum de 60 p.c. d'adhésions individuelles des praticiens des diverses professions intéressées, les mots « les fournisseurs d'implants » sont abrogés.

CHAPITRE 2. — Conseils techniques et Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Art. 181. Au Titre II, chapitre 1^{er}, section VII, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi, sont abrogés :

1° l'intitulé "E. Du Conseil technique des implants".

2° l'article 51.

Art. 182. Au titre II, chapitre premier, section VII, du même arrêté, dans l'intitulé "I. Dispositions communes au Conseil technique pharmaceutique, au Conseil technique de la kinésithérapie, au Conseil technique de l'hospitalisation, au Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins, au Conseil technique des implants, au Conseil technique des bandages, des orthèses et prothèses, au Conseil technique des voiturettes et au Conseil techniques des radio-isotopes", inséré par l'arrêté royal du 28 décembre 2006, les mots "au Conseil technique des implants" sont abrogés.

Art. 183. A l'article 122*unvicies*, § 1^{er}, alinéa 2, du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 10 février 2008, la première phrase est remplacée par ce qui suit :

« Ces experts seront éventuellement des membres du personnel de l'Institut. Les experts qui ne relèvent pas de l'effectif du personnel de l'Institut sont rémunérés soit sur production de leurs états d'honoraires, soit forfaitairement, pour les activités et les rapports qui leur sont demandés. »

Art. 184. L'arrêté royal du 18 janvier 1999 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des implants institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et son annexe, modifiée par l'arrêté royal du 12 août 2008, est abrogé.

CHAPITRE 3. — Prestations de santé

Art. 185. Les articles 35 et 35*bis* de la nomenclature sont abrogés.

CHAPITRE 4. — Notification

Art. 186. Dans l'intitulé de l'arrêté royal du 1^{er} mars 2009 portant exécution de l'article 35*septies*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant la notification d'implants et de dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme, les mots « § 1^{er} » sont abrogés.

TITRE VII. — Dispositions transitoires

CHAPITRE 1^{er}. — Liste

Art. 187. Les demandes de modification de l'article 35 et/ou 35*bis* de la nomenclature, introduites ou complétées entre le 13 janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2014 pour lesquelles aucun avis n'a encore été donné, sont traitées conformément aux dispositions reprises à l'article 188.

Art. 188. § 1^{er}. Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de modification visée à l'article 187 dans un délai de quinze jours.

Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot wijziging en van de datum van ontvankelijkheid, ervan waarna de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0).

De aanvraag tot wijziging wordt behandeld volgens de bepalingen van Titel III, Hoofdstuk 2.

§ 2. Indien de aanvraag tot wijziging niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager ten laatste op 15 juli 2014 met de vermelding van de ontbrekende elementen.

De aanvrager beschikt over een termijn van negentig dagen na de ontvangst van deze vermelding van de ontbrekende elementen om deze over te maken aan het secretariaat.

§ 3. Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de vervolledigde aanvraag tot wijziging binnen een termijn van vijftien dagen na ontvangst van de ontbrekende elementen.

Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van datum van de ontvankelijkheid, waarna de in artikel 4, § 1, 4°, voorziene termijn van honderd tachtig dagen begint te lopen (dag 0) en de aanvraag wordt behandeld volgens de bepalingen van Titel III, Hoofdstuk 2.

§ 4. Indien de aanvrager de ontbrekende elementen niet of laattijdig overmaakt aan het secretariaat, wordt de aanvraag afgesloten door het secretariaat.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 189. De behandeling van de aanvragen tot wijziging van artikel 35 en/of 35bis van de nomenclatuur, ingediend voor 1^{er} juli 2014 gebeurt afhankelijk van het geval overeenkomstig de bepalingen opgenomen in artikelen 190, 191 of 192.

Art. 190. § 1. Indien de aanvraag tot wijziging bedoeld in artikel 189 voor 1^{er} juli 2014 een advies verkreeg van de Technische Raad voor Implantaten maar nog niet werd overgemaakt aan de Overeenkomstencommissie verstrekkers van Implantaten en verzekeringsinstellingen, wordt de aanvraag tot wijziging voorgelegd aan de Commissie die deze aanvraag binnen een termijn van vijfenzeventig dagen behandelt.

De Commissie maakt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel op met betrekking tot de wijze van omzetting van de aanvraag tot wijziging bedoeld in § 1 in de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 en met betrekking tot de aanvraag ten gronde.

Dit gemotiveerd voorstel wordt overgemaakt aan de Minister die over de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, beschikt om over de wijziging van de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 te beslissen.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen de termijn van vijfenzeventig dagen brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister hiervan op de hoogte.

De Minister neemt een beslissing omtrent de aanvraag tot wijziging van de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, nadat de Minister door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van het gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 3. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen de termijn van vijfenzeventig dagen en indien de Minister evenmin een beslissing heeft genomen binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, wordt de aanvraag tot wijziging bedoeld in § 1 zoals onderzocht door de Technische Raad voor Implantaten geacht te zijn aanvaard.

Art. 191. § 1. Indien de aanvraag tot wijziging bedoeld in artikel 189 voor 1^{er} juli 2014 een advies verkreeg van de Overeenkomstencommissie verstrekkers van Implantaten en verzekeringsinstellingen, maar nog niet werd overgemaakt aan het Verzekeringscomité, wordt deze aanvraag tot wijziging voorgelegd aan de Commissie die deze aanvraag binnen een termijn van zestig dagen behandelt.

De Commissie maakt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel op met betrekking tot de wijze van omzetting van de aanvraag tot wijziging bedoeld in § 1 in de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 en met betrekking tot de aanvraag ten gronde.

Dit gemotiveerd voorstel wordt overgemaakt aan de Minister die over de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, beschikt om over de wijziging van de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 te beslissen.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen de termijn van zestig dagen brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister hiervan op de hoogte.

Le secrétariat communique au demandeur la date de réception de la demande de modification ainsi que la date de sa recevabilité à partir de laquelle le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, commence à courir (jour 0).

La demande de modification est traitée conformément aux dispositions du Titre III, Chapitre 2.

§ 2. Si la demande de modification est irrecevable, le secrétariat en informe le demandeur le 15 juillet 2014 au plus tard en mentionnant les éléments manquants.

Le demandeur dispose d'un délai de nonante jours après réception de cette information pour faire parvenir les éléments manquants au secrétariat.

§ 3. Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de modification complétée dans un délai de quinze jours après réception des éléments manquants.

Le secrétariat communique au demandeur la date de la recevabilité à partir de laquelle le délai de cent quatre-vingts jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 4°, commence à courir (jour 0) et la demande est traitée conformément aux dispositions du Titre III, Chapitre 2.

§ 4. Si le demandeur ne transmet pas ou transmet tardivement les éléments manquants au secrétariat, la demande est clôturée par le secrétariat.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Art. 189. Les demandes de modification de l'article 35 et/ou 35bis de la nomenclature, introduites avant le 1^{er} juillet 2014 sont traitées, selon le cas, conformément aux dispositions des articles 190, 191 ou 192.

Art. 190. § 1^{er}. Si la demande de modification visée à l'article 189 a fait l'objet d'un avis de la part du Conseil technique des implants avant le 1^{er} juillet 2014 mais qu'elle n'a pas encore été transmise à la Commission de conventions entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, la demande de modification est soumise à la Commission qui la traite dans un délai de septante-cinq jours.

La Commission émet, si possible, une proposition motivée concernant la manière de transposer la demande de modification visée au § 1^{er} dans la liste figurant à l'annexe 1^{re} et concernant la demande quant au fond.

Cette proposition motivée est transmise au Ministre qui dispose du délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, pour décider de la modification de la liste telle qu'elle figure à l'annexe 1.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de septante-cinq jours, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre.

Le Ministre prend une décision concernant la demande de modification de la liste figurant à l'annexe 1, dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée de la part de la Commission.

§ 3. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans le délai de septante-cinq jours et d'une décision du Ministre dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, la demande de modification visée au § 1^{er}, telle que soumise à l'avis du Conseil technique des implants, est réputée avoir été acceptée.

Art. 191. § 1^{er}. Si la demande de modification visée à l'article 189 a fait l'objet d'un avis de la part de la Commission de conventions entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs avant le 1^{er} juillet 2014 mais qu'elle n'a pas encore été transmise au Comité de l'assurance, cette demande de modification est soumise à la Commission qui la traite dans un délai de soixante jours.

La Commission émet, si possible, une proposition motivée concernant la manière de transposer la demande de modification visée au § 1^{er} dans la liste figurant à l'annexe 1^{re} et concernant la demande quant au fond.

Cette proposition motivée est transmise au Ministre qui dispose du délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, pour décider de la modification de la liste telle qu'elle figure à l'annexe 1^{re}.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de soixante jours, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre.

De Minister neemt een beslissing omtrent de aanvraag tot wijziging van de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, na de datum waarop de Minister door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van het gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 3. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, en indien de Minister evenmin een beslissing heeft genomen binnen de termijn van zestig dagen, wordt de aanvraag tot wijziging bedoeld in § 1 zoals onderzocht door de Overeenkomstencommissie verstreckers van implantaten en verzekeringsinstellingen, geacht te zijn aanvaard.

Art. 192. § 1. Indien de aanvraag tot wijziging bedoeld in artikel 189 voor 1 juli 2014 werd goedgekeurd door het Verzekeringscomité en het ontwerp koninklijk besluit tot wijziging van artikel 35 en/of artikel 35bis van de nomenclatuur nog niet werd bekendgemaakt, wordt deze aanvraag voorgelegd aan de Commissie die deze aanvraag binnen een termijn van vijfenveertig dagen behandelt.

De Commissie maakt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel op met betrekking tot de wijze van omzetting van de aanvraag tot wijziging bedoeld in § 1 in de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 en met betrekking tot de aanvraag ten gronde.

Dit gemotiveerd voorstel van de Commissie wordt overgemaakt aan de Minister die beslist over het gemotiveerd voorstel van de Commissie tot wijziging van de lijst binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen een termijn van vijfenveertig dagen brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister hiervan op de hoogte.

De Minister neemt een beslissing omtrent de wijziging van de lijst zoals opgenomen in bijlage 1, binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 3. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen een termijn van vijfenveertig dagen en een gemotiveerde beslissing van de Minister binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, wordt de wijziging overgenomen in de lijst zoals opgenomen in bijlage 1.

Art. 193. § 1. De wijzigingen van artikel 35 en/of artikel 35bis van het koninklijk besluit van de nomenclatuur die werden bekendgemaakt tussen 13 januari 2014 en 1 juli 2014 blijven parallel aan de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 van kracht tot en met 31 december 2014

De wijzigingen bedoeld in het eerste lid worden voorgelegd aan de Commissie die deze binnen een termijn van vijfenveertig dagen behandelt.

Het gemotiveerd voorstel van de Commissie omtrent de omzetting van de wijzigingen bedoeld in het § 1 in de lijst zoals opgenomen in bijlage 1, wordt overgemaakt aan de Minister die beschikt over de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, om een beslissing over de wijziging van de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 te nemen.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen een termijn van vijfenveertig dagen brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister hiervan op de hoogte.

De Minister neemt een gemotiveerde beslissing omtrent de wijziging van de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 3. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen een termijn van vijfenveertig dagen en een gemotiveerde beslissing van de Minister binnen de termijn van zestig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 1, 5°, wordt de wijziging bedoeld in § 1 overgenomen in de lijst zoals opgenomen in bijlage 1 van dit besluit.

Le Ministre prend une décision concernant la demande de modification de la liste figurant à l'annexe 1^{re}, dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée de la part de la Commission.

§ 3. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans le délai de soixante jours et d'une décision du Ministre dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, la demande de modification visée au § 1^{er}, telle que soumise à l'avis de la Commission de conventions entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, est réputée avoir été acceptée.

Art. 192. § 1^{er}. Si la demande de modification visée à l'article 189 a été approuvée par le Comité de l'assurance avant le 1^{er} juillet 2014 et que le projet d'arrêté royal modifiant l'article 35 et/ou l'article 35bis de la nomenclature n'a pas encore été publié, cette demande est soumise à la Commission qui la traite dans un délai de quarante-cinq jours.

La Commission émet, si possible, une proposition motivée concernant la manière de transposer la demande de modification visée au § 1^{er} dans la liste figurant à l'annexe 1^{re} et concernant la demande quant au fond.

Cette proposition motivée est transmise au Ministre qui prend une décision concernant la proposition motivée de la Commission en vue de la modification de la liste, dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après réception de la proposition motivée de la Commission.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de quarante-cinq jours, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre.

Le Ministre prend une décision concernant la modification de la liste figurant à l'annexe 1, dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée de la part de la Commission.

§ 3. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de quarante-cinq jours et d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, la modification est apportée à la liste figurant à l'annexe 1^{re}.

Art. 193. § 1^{er}. Les modifications apportées à l'article 35 et/ou à l'article 35bis de la nomenclature, qui ont été publiées entre le 13 janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2014 restent en vigueur jusqu'au 31 décembre 2014 inclus, parallèlement à la liste figurant à l'annexe 1^{re}.

Les modifications visées à l'alinéa 1^{er} sont soumises à la Commission qui les traite dans un délai de quarante-cinq jours.

La proposition motivée de la Commission concernant la transposition des modifications visées au § 1^{er} dans la liste figurant à l'annexe 1^{re}, est transmise au Ministre qui dispose du délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, pour prendre une décision sur la modification de la liste figurant à l'annexe 1^{re}.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de quarante-cinq jours, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre.

Le Ministre prend une décision motivée concernant la modification de la liste figurant à l'annexe 1^{re} dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée de la part de la Commission.

§ 3. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de quarante-cinq jours et d'une décision motivée du Ministre dans le délai de soixante jours visé à l'article 4, § 1^{er}, 5°, la modification visée au § 1^{er} est transposée dans la liste figurant à l'annexe 1^{re} du présent arrêté.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

HOOFDSTUK 2. — *Nominatieve lijst*

Art. 194. De behandeling van de aanvragen tot wijziging van een limitatieve lijst of een lijst van voor vergoeding aangenomen producten, ingediend voor 1 juli 2014 bij het secretariaat van de Technische raad voor implantaten, gebeurt afhankelijk van het geval overeenkomstig de bepalingen opgenomen in artikelen 195, 196 of 197.

Art. 195. § 1. Indien de aanvraag tot wijziging bedoeld in artikel 194, ingediend voor 1 juli 2014 nog geen advies verkreeg van de Technische Raad voor Implantaten en/of de Overeenkomstencommissie verstrekkers van implantaten en verzekeringsinstellingen, beslist het secretariaat over de ontvankelijkheid van de aanvraag tot wijziging binnen de termijn van vijftien dagen.

Het secretariaat stelt de aanvrager in kennis van de datum van ontvangst van de aanvraag tot wijziging en van de datum van ontvankelijkheid ervan, waarna de in artikel 4, § 2, 4^o, voorziene termijn van vijfenzeventig dagen begint te lopen (dag 0) en de aanvraag tot wijziging bedoeld in § 1 wordt behandeld volgens de bepalingen van Titel IV, Hoofdstuk 2.

§ 2. Indien de aanvraag tot wijziging niet ontvankelijk is, deelt het secretariaat dit mee aan de aanvrager ten laatste op 15 juli 2014 met de vermelding van de ontbrekende elementen.

De aanvrager beschikt over de termijn van twintig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 2^o, na de ontvangst van deze vermelding van de ontbrekende elementen om deze over te maken aan het secretariaat.

§ 3. Het secretariaat beslist over de ontvankelijkheid van de vervolledigde aanvraag tot wijziging binnen de termijn van vijftien dagen na ontvangst van de ontbrekende elementen.

Het secretariaat geeft de aanvrager kennis van de datum van de ontvankelijkheid, waarna de in artikel 4, § 2, 4^o, voorziene termijn van vijfenzeventig dagen begint te lopen (dag 0) en de aanvraag tot wijziging bedoeld in § 1 wordt behandeld volgens de bepalingen van Titel IV, Hoofdstuk 2.

§ 4. Indien de aanvrager de ontbrekende elementen niet of laattijdig overmaakt aan het secretariaat, wordt de aanvraag afgesloten door het secretariaat.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 196. § 1. Indien de aanvraag tot wijziging bedoeld in artikel 194, ingediend voor 1 juli 2014 een advies verkreeg van de Technische Raad voor Implantaten, wordt deze aanvraag tot wijziging voorgelegd aan de Commissie die deze binnen een termijn van vijfenveertig dagen behandelt.

De Commissie stelt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel op dat betrekking heeft op de omzetting van de aanvraag tot wijziging bedoeld in § 1 in een nominatieve lijst zoals opgenomen in bijlage 2 en op de aanvraag tot wijziging ten gronde.

Dit gemotiveerd voorstel wordt overgemaakt aan het Verzekeringscomité dat beslist over het al dan niet goedkeuren van het gemotiveerd voorstel tot wijziging van een nominatieve lijst zoals opgenomen in bijlage 2 binnen een termijn van vijfenveertig dagen na ontvangst van het gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen een termijn van vijfenveertig dagen brengt het secretariaat het Verzekeringscomité hiervan op de hoogte.

Het Verzekeringscomité neemt een beslissing omtrent de aanvraag tot wijziging van een nominatieve lijst zoals opgenomen in bijlage 2 binnen de termijn van vijfenveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5^o, nadat deze door het secretariaat op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 3. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen een termijn van vijfenveertig dagen en een gemotiveerde beslissing van het Verzekeringscomité binnen de termijn van vijfenveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5^o, wordt de wijziging overgenomen in de betrokken nominatieve lijst zoals opgenomen in bijlage 2.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

CHAPITRE 2 — *Liste nominative*

Art. 194. Les demandes de modification d'une liste limitative ou d'une liste de produits admis au remboursement, introduites avant le 1^{er} juillet 2014 auprès du secrétariat du Conseil technique des implants, sont traitées, selon le cas, conformément aux dispositions des articles 195, 196 ou 197.

Art. 195. § 1^{er}. Si la demande de modification visée à l'article 194, introduite avant le 1^{er} juillet 2014 n'a pas encore fait l'objet d'un avis de la part du Conseil technique des implants et/ou de la Commission de conventions entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de modification dans un délai de quinze jours.

Le secrétariat communique au demandeur la date de réception de la demande de modification ainsi que la date de sa recevabilité à partir de laquelle le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, commence à courir (jour 0) et la demande de modification visée au § 1^{er} est traitée conformément aux dispositions du Titre IV, Chapitre 2.

§ 2. Si la demande de modification n'est pas recevable, le secrétariat en informe le demandeur le 15 juillet 2014 au plus tard en mentionnant les éléments manquants.

Le demandeur dispose du délai de vingt jours visé à l'article 4, § 2, 2^o, après réception de cette information pour faire parvenir les éléments manquants au secrétariat.

§ 3. Le secrétariat décide de la recevabilité de la demande de modification complétée dans un délai de quinze jours après réception des éléments manquants.

Le secrétariat communique au demandeur la date de la recevabilité à partir de laquelle le délai de septante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 4^o, commence à courir (jour 0) et la demande de modification visée au § 1^{er} est traitée conformément aux dispositions du Titre IV, Chapitre 2.

§ 4. Si le demandeur ne transmet pas ou transmet tardivement les éléments manquants au secrétariat, la demande est clôturée par le secrétariat.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Art. 196. § 1^{er}. Si la demande de modification visée à l'article 194, introduite avant le 1^{er} juillet 2014 a été soumise à l'avis du Conseil technique des implants, la demande de modification est soumise à la Commission qui la traite dans un délai de quarante-cinq jours.

La Commission émet, si possible, une proposition motivée concernant la transposition de la demande de modification visée au § 1^{er} dans une liste nominative telle qu'elle figure à l'annexe 2 et concernant la demande de modification quant au fond.

Cette proposition motivée est transmise au Comité de l'assurance qui décide d'approuver ou non la proposition motivée de modification d'une liste nominative telle qu'elle figure à l'annexe 2 dans un délai de quarante-cinq jours après réception de la proposition motivée de la Commission.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de quarante-cinq jours, le secrétariat en informe le Comité de l'assurance.

Le Comité de l'assurance prend une décision concernant la demande de modification d'une liste nominative figurant à l'annexe 2 dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5^o, après avoir été informé par le secrétariat de l'absence d'une proposition motivée de la part de la Commission.

§ 3. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de quarante-cinq jours et d'une décision motivée du Comité de l'assurance dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5^o, la modification est transposée dans la liste nominative concernée figurant à l'annexe 2.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 197. § 1. Indien de aanvraag tot wijziging bedoeld in artikel 194 ingediend voor 1 juli 2014 een advies verkreeg van de Overeenkomstcommissie verstrekkers van implantaten en verzekering-instellingen, wordt deze aanvraag tot wijziging voorgelegd aan de Commissie die deze binnen een termijn van vijftienveertig dagen behandelt.

De Commissie stelt, indien mogelijk, een gemotiveerd voorstel op dat betrekking heeft op de omzetting van de aanvraag tot wijziging bedoeld in § 1 in een nominatieve lijst zoals opgenomen in bijlage 2 en op de aanvraag tot wijziging ten gronde.

Dit gemotiveerd voorstel wordt overgemaakt aan de voorzitter van het Verzekeringscomité dat beslist over het al dan niet goedkeuren van het gemotiveerd voorstel tot wijziging van een nominatieve lijst zoals opgenomen in bijlage 2 binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5°, na ontvangst van het gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen een termijn van vijftienveertig dagen brengt het secretariaat het Verzekeringscomité hiervan op de hoogte.

Het Verzekeringscomité neemt een beslissing omtrent de wijziging van een nominatieve lijst zoals opgenomen in bijlage 2 binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5°, nadat deze door het secretariaat op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 3. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen de termijn van vijftienveertig dagen en een gemotiveerde beslissing van het Verzekeringscomité binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5°, wordt de wijziging bedoeld in het eerste lid overgenomen in de betrokken nominatieve lijst zoals opgenomen in bijlage 2.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

Art. 198. § 1. De wijzigingen van een limitatieve lijst of een lijst van aangenomen producten die inwerking traden tussen 13 januari 2014 en 1 juli 2014 blijven parallel met de nominatieve lijsten zoals opgenomen in bijlage 2 nog van kracht tot en met 31 december 2014.

De wijzigingen bedoeld in het eerste lid worden voorgelegd aan de Commissie binnen een termijn van dertig dagen na de inwerking-treding van dit besluit, waarna deze een gemotiveerd voorstel overmaakt aan de voorzitter van het Verzekeringscomité.

Dit gemotiveerd voorstel heeft betrekking op de wijze van omzetting van de wijziging bedoeld in § 1 in een nominatieve lijst zoals opgenomen in bijlage 2.

Het wordt overgemaakt aan de voorzitter van het Verzekeringscomité over de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5°, beschikt, om een beslissing over het gemotiveerd voorstel tot wijziging van de betrokken nominatieve lijst te nemen.

§ 2. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen een termijn van dertig dagen brengt het secretariaat het Verzekeringscomité hiervan op de hoogte.

Het Verzekeringscomité neemt een beslissing omtrent de wijziging van de betrokken nominatieve lijst binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5°, nadat deze door het secretariaat op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 3. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie binnen een termijn van dertig dagen en indien het Verzekeringscomité evenmin een beslissing tot wijziging heeft genomen binnen de termijn van vijftienveertig dagen zoals bedoeld in artikel 4, § 2, 5°, worden de in § 1 bedoelde wijzigingen omgezet op de betreffende nominatieve lijst.

De gemachtigde ambtenaar brengt de aanvrager hiervan op de hoogte.

HOOFDSTUK 3. — Akkoordverklaringen

Art. 199. De lopende akkoordverklaringen in het kader van een categorie 5 van artikel 35 of een categorie 3 van artikel 35bis van de nomenclatuur en de bijhorende limitatieve lijsten en lijsten van aangenomen producten blijven van toepassing tot 31 augustus 2016.

De aanpassingen van deze limitatieve lijsten en lijsten van aangenomen producten verlopen volgens de bepalingen van Titel IV, Hoofdstuk 2.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Art. 197. § 1^{er}. Si la demande de modification visée à l'article 194, introduite avant le 1^{er} juillet 2014 a été soumise à l'avis de la Commission de conventions entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, cette demande de modification est soumise à la Commission qui la traite dans un délai de quarante-cinq jours.

La Commission émet, si possible, une proposition motivée concernant la transposition de la demande de modification visée au § 1^{er} dans une liste nominative figurant à l'annexe 2 et concernant la demande de modification quant au fond.

Cette proposition motivée est transmise au président du Comité de l'assurance qui décide d'approuver ou non la proposition motivée de modification d'une liste nominative figurant à l'annexe 2 dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, après réception de la proposition motivée de la Commission.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de quarante-cinq jours, le secrétariat en informe le Comité de l'assurance.

Le Comité de l'assurance prend une décision concernant la modification d'une liste nominative figurant à l'annexe 2 dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, après avoir été informé par le secrétariat de l'absence d'une proposition motivée de la part de la Commission.

§ 3. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans le délai de quarante-cinq jours et d'une décision motivée du Comité de l'assurance dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, la modification visée au premier alinéa est transposée dans la liste nominative concernée telle qu'elle figure à l'annexe 2.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

Art. 198. § 1^{er}. Les modifications apportées à une liste limitative ou à une liste de produits admis au remboursement, qui sont entrées en vigueur entre le 13 janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2014 restent d'application jusqu'au 31 décembre 2014 inclus, parallèlement aux listes figurant à l'annexe 2.

Les modifications visées à l'alinéa 1^{er} sont soumises à la Commission dans un délai de trente jours suivant l'entrée en vigueur du présent arrêté, qui transmet ensuite une proposition motivée au président du Comité de l'assurance.

Cette proposition motivée concerne le mode de transposition de modification visée au § 1^{er} dans une liste nominative figurant à l'annexe 2.

Elle est transmise au président du Comité de l'assurance qui dispose du délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, pour prendre une décision sur la proposition motivée de modification de la liste nominative concernée.

§ 2. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de trente jours, le secrétariat en informe le Comité de l'assurance.

Le Comité de l'assurance prend une décision sur la modification de la liste nominative concernée dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, après avoir été informé par le secrétariat de l'absence d'une proposition motivée de la part de la Commission.

§ 3. A défaut d'une proposition motivée de la Commission dans un délai de trente jours et d'une décision de modification du Comité de l'assurance dans le délai de quarante-cinq jours visé à l'article 4, § 2, 5°, les modifications visées au § 1^{er} sont transposées dans la liste nominative concernée.

Le fonctionnaire délégué en informe le demandeur.

CHAPITRE 3. — Déclarations d'accord

Art. 199. Les déclarations d'accord en cours dans le cadre d'une catégorie 5 de l'article 35 ou d'une catégorie 3 de l'article 35bis de la nomenclature et les listes limitatives ainsi que les listes de produits admis au remboursement afférentes à ces déclarations restent d'application jusqu'au 31 août 2016.

Les modifications de ces listes limitatives et listes de produits admis au remboursement sont apportées conformément aux dispositions du Titre IV, Chapitre 2.

Art. 200. Ten laatste op 1 februari 2016 stelt de Commissie voor de lopende akkoordverklaringen een gemotiveerd voorstel op.

Dit gemotiveerd voorstel kan leiden tot :

- 1° de stopzetting van de lopende vergoeding;
- 2° een vergoeding in het kader van een beperkte klinische toepassing;
- 3° een wijziging van de lijst zoals opgenomen in bijlage 2.

Art. 201. § 1. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerder interne deskundige(n) van de Dienst of, indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid voor de evaluatie van de akkoordverklaring.

De Commissie stelt een gemotiveerd voorstel op dat betrekking heeft op het vervolg van de akkoordverklaring.

§ 2. Dit gemotiveerd voorstel wordt aan de Minister overgemaakt ten laatste op 1 februari 2016.

De Minister, neemt na akkoord van de Minister voor de Begroting, binnen de zestig dagen na ontvangst ervan een gemotiveerde beslissing betreffende het gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 3. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie brengt de gemachtigde ambtenaar de Minister hiervan op de hoogte.

De Minister neemt een beslissing omtrent de lopende akkoordverklaring binnen zestig dagen nadat hij door de gemachtigde ambtenaar op de hoogte werd gebracht van het ontbreken van een gemotiveerd voorstel van de Commissie.

§ 4. Bij ontstentenis van een gemotiveerd voorstel van de Commissie en indien de Minister evenmin een beslissing heeft genomen binnen zestig dagen, neemt de akkoordverklaring een einde op 31 augustus 2016.

De gemachtigde ambtenaar brengt de betrokkenen hiervan op de hoogte.

TITEL VIII. — Slotbepalingen

Art. 202. Treden in werking op 1 juli 2014. :

1° de artikelen 52, 1° en 3°, 53 en 59, 2°, van de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid;

2° artikel 266 van de wet van 27 december 2006 houdende diverse bepalingen (I);

3° de hoofdstukken 1 en 2 van Titel 2 van de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen;

4° dit besluit.

Art. 203. De Minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 25 juni 2014.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX

Art. 200. Au plus tard le 1^{er} février 2016 la Commission émet une proposition motivée concernant les déclarations d'accord en cours.

Cette proposition motivée peut donner lieu :

- 1° à l'arrêt du remboursement en cours;
- 2° au remboursement dans le cadre d'une application clinique limitée;
- 3° à une modification de la liste telle qu'elle figure à l'annexe 2.

Art. 201. § 1^{er}. Conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur de la Commission, un ou plusieurs experts internes du Service ou, si la Commission le juge nécessaire, des experts externes sont désignés pour évaluer la déclaration d'accord.

La Commission émet une proposition motivée concernant la suite de la déclaration d'accord.

§ 2. Cette proposition motivée est transmise au Ministre au plus tard le 1^{er} février 2016.

Après accord du Ministre qui a le Budget dans ses attributions, le Ministre prend une décision motivée concernant la proposition motivée de la Commission dans les soixante jours de sa réception.

§ 3. A défaut d'une proposition motivée de la Commission, le fonctionnaire délégué en informe le Ministre.

Le Ministre prend une décision concernant la déclaration d'accord en cours, dans un délai de soixante jours après avoir été informé par le fonctionnaire délégué de l'absence d'une proposition motivée de la part de la Commission.

§ 4. A défaut d'une proposition motivée de la Commission et d'une décision du Ministre dans les soixante jours, la déclaration d'accord prend fin le 31 août 2016.

Le fonctionnaire délégué en informe les intervenants concernés.

TITRE VIII. — Dispositions finales

Art. 202. Entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2014.

1° les articles 52, 1° et 3°, 53 et 59, 2°, de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé;

2° l'article 266 de la loi du 27 décembre 2006 portant dispositions diverses (I);

3° les chapitres 1^{er} et 2 du Titre 2 de la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux;

4° le présent arrêté.

Art. 203. Le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 25 juin 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX

Liste

A. Ophtalmologie

A.1 Traitement du canal lacrymal

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
150010 - 150021	Clou méatique		
Catégorie de remboursement :	I.D.a		
<i>Base de remboursement</i>	€ 30,03	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) € 0,00</i>
		Montant du remboursement	€ 30,03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
150032 - 150043	Clou méatique perforé		
Catégorie de remboursement :	I.D.a		
<i>Base de remboursement</i>	€ 40,04	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) € 0,00</i>
		Montant du remboursement	€ 40,04

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
150054 - 150065	Sonde mono- ou bicanaliculaire utilisée pour la réparation du canal lacrymal		
Catégorie de remboursement :	I.D.a		
<i>Base de remboursement</i>	€ 75,08	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) € 0,00</i>
		Montant du remboursement	€ 75,08

A.2 Traitement des paupières

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
150076 - 150080	Fil permettant la suspension de la paupière pour traitement d'une ptose, par fil		
Catégorie de remboursement :	I.D.a		
<i>Base de remboursement</i>	€ 120,12	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) € 0,00</i>
		Montant du remboursement	€ 120,12

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
150091 - 150102	Prothèse palpébrale en or pour le traitement de la lagophtalmie		
Catégorie de remboursement :	I.D.a		
<i>Base de remboursement</i>	€ 330,33	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) € 0,00</i>

Liste

A. Ophtalmologie

Montant du remboursement € 330,33

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 190,19	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 190,19

A.3 Traitement intra-oculaire

A.3.1 Intervention le sur cristallin

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150135 - 150146	Lentille intra-oculaire, en polyméthylméthacrylate, non traitée	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 75,08	<i>Marge de sécurité (%) 54,00% / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 115,62	<i>Marge de sécurité (€) € 40,54 / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 75,08
Conditions de remboursement :	A-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150150 - 150161	Lentille intra-oculaire, en polyméthylméthacrylate, traitée	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 75,08	<i>Marge de sécurité (%) 54,00% / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 115,62	<i>Marge de sécurité (€) € 40,54 / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 75,08
Conditions de remboursement :	A-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150172 - 150183	Lentille intra-oculaire pliable	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 75,08	<i>Marge de sécurité (%) 113,00% / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 159,92	<i>Marge de sécurité (€) € 84,84 / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 75,08
Conditions de remboursement :	A-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150194 - 150205	Lentille torique de deux dioptries ou plus	

Liste

A. Ophtalmologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	30101		
<i>Base de remboursement</i>	€ 200,20	<i>Marge de sécurité (%)</i>	40,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 280,28	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 200,20

Conditions de remboursement : A-§02

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

150216 - 150220	Lentille torique de six dioptries ou plus				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	30102		
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	40,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 560,57	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 160,16	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 400,41

Conditions de remboursement : A-§02

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

150231 - 150242	Anneau capsulaire implanté, y compris l'éventuel injecteur				
Catégorie de remboursement :	I.B.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 70,07	<i>Marge de sécurité (%)</i>	60,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 112,11	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 42,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 70,07

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

150253 - 150264	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246595 - 246606 de la nomenclature				
Catégorie de remboursement :	II.D.d				
<i>Base de remboursement</i>	€ 108,48	<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>	€ 59,66
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 48,82

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

150275 - 150286	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246912-246923 de la nomenclature				
Catégorie de remboursement :	II.D.d				
<i>Base de remboursement</i>	€ 108,48	<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>	€ 59,66
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 48,82

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

Liste

A. Ophtalmologie

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

Catégorie de remboursement :	II.D.d			
<i>Base de remboursement</i>	€ 108,48	<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>	€ 59,66
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 48,82

A.3.2 Traitement pour glaucome

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

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

Catégorie de remboursement :	I.B.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 250,25	<i>Marge de sécurité (%)</i> 100,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 500,50	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 250,25	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 250,25

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

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

Catégorie de remboursement :	II.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 289,28	<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>	€ 289,28

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

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>	€ 289,28	<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>	€ 289,28

A.3.3 Traitement de la rétine/vitrectomie

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

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>	€ 65,07	<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

Liste

A. Ophtalmologie

Montant du remboursement € 65,07

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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>	€ 25,03	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 25,03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150415 - 150426	Rail pour bande de cerclage, par pièce	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 16,02	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 16,02

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150430 - 150441	Coin radial en silicone pour bande de cerclage, par pièce	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 25,03	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 25,03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150452 - 150463	Clip en tantale pour bande de cerclage, par pièce	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 25,03	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 25,03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150474 - 150485	Huile de silicone ou gaz utilisé lors de la prestation 246654-246665 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 95,10	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

A. Ophtalmologie

Montant du remboursement € 95,10

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150496 - 150500	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 246654 - 246665 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 284,12	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 71,03
		<i>Montant du remboursement</i> € 213,09

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 73,35	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 18,33
		<i>Montant du remboursement</i> € 55,02
Conditions de remboursement :	A-§03	

A.4 Intervention sur l'orbite

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150533 - 150544	Implant orbitaire utilisé lors d'énucléation ou d'éviscération	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 36,04	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 36,04

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 420,43	<i>Marge de sécurité (%) 50,00% / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 630,64	<i>Marge de sécurité (€) € 210,21 / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 420,43

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150570 - 150581	Implant utilisé pour combler l'orbite lors d'une énoptalmie	

Liste

A. Ophtalmologie

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 330,33	<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>	€ 330,33

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 30,99	<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>	€ 30,99

A.5 Produits visco-élastiques

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 16,53	<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
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 16,53

Conditions de remboursement : A-§04

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 56,31	<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>	€ 56,31

Conditions de remboursement : A-§04

A.6 Traitement combiné

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

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

Catégorie de remboursement : II.D.d

<i>Base de remboursement</i>	€ 108,48	<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>	€ 59,66
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 48,82

Liste

A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

150673 - 150684

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

Catégorie de remboursement :

II.D.d

Base de remboursement

€ 108,48

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

55,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 59,66

Montant du remboursement

€ 48,82

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

150695 - 150706

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

Catégorie de remboursement :

II.D.d

Base de remboursement

€ 108,48

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

55,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 59,66

Montant du remboursement

€ 48,82

Conditions de remboursement

A-§01

Prestation(s) liée(s) :

150135 - 150146

150150 - 150161

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, 150150-150161 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

Prestation(s) liée(s) :

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

A-503

Prestation(s) liée(s) :

150511 - 150522

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

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

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

A-§04

Prestation(s) liée(s) :

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.

Liste

B. Neurochirurgie

B.1 Pompes et accessoires

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

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

Conditions de remboursement : B-§01

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

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

Conditions de remboursement : B-§01

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

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

Conditions de remboursement : B-§01

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

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

Conditions de remboursement : B-§01

Liste

B. Neurochirurgie

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

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 nominative :** 30301

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

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

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§01

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

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 nominative :** 30301

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

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

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§01

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

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 nominative :** 30201

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

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

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§02

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

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 nominative :** 30201

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

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

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§02

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

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

Liste

B. Neurochirurgie

Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30201
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 9.570,81	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	B-§02		

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

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 nominative :	30301
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 5.034,02	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

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 nominative :	30301
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 5.034,02	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

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 nominative :	30301
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 5.034,02	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

150953 - 150964 Cathéter pour pompe implantable

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

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

Liste

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150975 - 150986	Programmateur patient pour pompe implantable	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30402
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 723,67	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> Liste Nom.
Conditions de remboursement :	B-§01,B-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
150990 - 151001	Cathéter en cas de test négatif	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30401
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 325,16	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> Liste Nom.
Conditions de remboursement :	B-§01,B-§02	

B.2 Neurostimulateurs et accessoires

B.2.1 Neurostimulateurs et accessoires en cas de douleurs neurogènes

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151012 - 151023	Neurostimulateur non-rechargeable totalement implanté, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30501
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 5.317,25	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> Liste Nom.
Conditions de remboursement :	B-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151034 - 151045	Neurostimulateur non-rechargeable totalement implanté, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmateur patient inclus	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30502
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 9.257,76	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> Liste Nom.
Conditions de remboursement :	B-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151056 - 151060	Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement totalement implanté, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmateur patient inclus	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30501
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%

Liste

B. Neurochirurgie

Prix plafond € 5.317,25 Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /
Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§02

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

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 nominative :** 30501

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

Prix plafond € 5.317,25 Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /
Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§02

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

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 nominative :** 30502

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

Prix plafond € 9.257,76 Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /
Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§02

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

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 nominative :** 30502

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

Prix plafond € 9.257,76 Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /
Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§02

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

151130 - 151141 Premier neurostimulateur rechargeable

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 30601

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

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

Conditions de remboursement : B-§02

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

151152 - 151163 Neurostimulateur de remplacement rechargeable

Liste

B. Neurochirurgie

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

Conditions de remboursement : B-§02

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

151174 - 151185	Neurostimulateur de remplacement rechargeable, en cas de remplacement anticipé		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30601
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 17.500,00	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

151196 - 151200	Programmeur patient pour neurostimulateur rechargeable		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30602
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 602,32	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

151211 - 151222	Programmeur patient de remplacement pour neurostimulateur rechargeable		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30602
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 602,32	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

151233 - 151244	Chargeur pour neurostimulateur rechargeable		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30603
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 1.500,00	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

151255 - 151266	Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable		
------------------------	---	--	--

Liste

B. Neurochirurgie

Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30603
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 1.500,00	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

151270 - 151281	Extension implantée pour neurostimulateur		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30701
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 213,93	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

151292 - 151303	Electrode implantée à quatre pôles, pour stimulation médullaire, pour placement chirurgical ou percutané		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30702
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 1.356,88	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

151314 - 151325	Electrode implantée à huit pôles, pour stimulation médullaire, pour placement chirurgical ou percutané		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30703
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 1.433,77	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

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

151336 - 151340	Electrode implantée à seize pôles ou plus, pour stimulation médullaire, pour placement chirurgical ou percutané		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	30704
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 2.145,00	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§02

Liste

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151351 - 151362	Electrode implantée à quatre pôles, pour stimulation cérébrale profonde	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30705
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.054,35	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	B-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151373 - 151384	Electrode en cas de stimulation d'essai négative, à quatre pôles, pour stimulation médullaire, pour placement chirurgical ou percutané	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30702
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.356,88	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	B-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151395 - 151406	Electrode en cas de stimulation d'essai négative, à huit pôles, pour stimulation médullaire, pour placement chirurgical ou percutané	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30703
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.433,77	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	B-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151410 - 151421	Electrode en cas de stimulation d'essai négative, à seize pôles ou plus, pour stimulation médullaire, pour placement chirurgical ou percutané	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30704
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 2.145,00	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	B-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151432 - 151443	Electrode en cas de stimulation d'essai négative, à quatre pôles, pour stimulation cérébrale profonde	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30705
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.054,35	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /</i>

Liste

B. Neurochirurgie

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§02

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

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

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 nominative :** 30801

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

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

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

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

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 nominative :** 30802

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

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

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

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

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 nominative :** 30803

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

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

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

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

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 nominative :** 30804

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

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

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

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

Liste

B. Neurochirurgie

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 nominative : 30801

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 4.947,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 30802

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.894,08

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 30803

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 4.947,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 30804

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 9.894,08

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 30801

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 4.947,04

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Liste

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 30802
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 9.894,08	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 30803
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.947,04	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 30804
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 9.894,08	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151690 - 151701	Premier(s) neurostimulateur(s) rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30805
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 17.500,00	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
151712 - 151723	Premier(s) neurostimulateur(s) rechargeable(s) implanté(s) en cas de tremblements essentiels	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 30806

Liste

B. Neurochirurgie

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

Conditions de remboursement : B-§03

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

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

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

<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	-------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------

<i>Prix plafond</i>	€ 17.500,00	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
---------------------	-------------	--------------------------------	-------------------------------------	---

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§03

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

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

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

<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	-------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------

<i>Prix plafond</i>	€ 17.500,00	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
---------------------	-------------	--------------------------------	-------------------------------------	---

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§03

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

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 nominative :** 30805

<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	-------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------

<i>Prix plafond</i>	€ 17.500,00	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
---------------------	-------------	--------------------------------	-------------------------------------	---

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§03

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

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

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

<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	-------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------

<i>Prix plafond</i>	€ 17.500,00	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
---------------------	-------------	--------------------------------	-------------------------------------	---

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§03

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

Liste

B. Neurochirurgie

151815 - 151826

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

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste nominative : 30807

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1.317,94

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 30807

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1.317,94

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 30807

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 1.317,94

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

151874 - 151885

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

Catégorie de remboursement :

I.A.a

Liste nominative : 30808

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 267,41

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Conditions de remboursement :

B-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 30808

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond

€ 267,41

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement

Liste Nom.

Liste

B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§03

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

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

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

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

Prix plafond € 583,77 Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

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

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

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

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

Prix plafond € 583,77 Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

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

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

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

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

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

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

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

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 nominative :** 30810

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

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

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : B-§03

B.2.3 Autres

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

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

Liste

B. Neurochirurgie

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.208,79	<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	€ 1.208,79

B.3 Tissu de dure-mère

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
152014 - 152025	Tissu synthétique de dure-mère utilisé lors d'une intervention neurochirurgicale, par cm ²				
Catégorie de remboursement :	I.B.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 5,31	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 5,31	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 5,31

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
152036 - 152040	Tissu de dure-mère d'origine animale (non bovine) utilisé lors d'une intervention neurochirurgicale, par cm ²				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	30901		
<i>Base de remboursement</i>	€ 7,35	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 7,35	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 7,35

B.4 Valves d'hydrocéphalie et systèmes de drainage

B.4.1 Valves d'hydrocéphalie non réglables

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
152051 - 152062	Valve sans système anti-siphon et sans cathéters				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	31001		
<i>Base de remboursement</i>	€ 653,66	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 719,02	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 65,36	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 653,66

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
152073 - 152084	Valve sans système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	31002		
<i>Base de remboursement</i>	€ 763,77	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 840,14	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 76,37	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 763,77

Liste

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
152095 - 152106	Valve sans système anti-siphon et avec cathéter distal seul	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 31003
<i>Base de remboursement</i>	€ 708,72	<i>Marge de sécurité (%)</i> 10,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 779,59	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 70,87 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 708,72

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
152110 - 152121	Valve avec système anti-siphon et sans cathéters	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 31004
<i>Base de remboursement</i>	€ 895,91	<i>Marge de sécurité (%)</i> 10,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 985,50	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 89,59 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 895,91

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
152132 - 152143	Valve avec système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 31005
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.006,02	<i>Marge de sécurité (%)</i> 10,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.106,62	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 100,60 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.006,02

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
152154 - 152165	Valve avec système anti-siphon et avec cathéter distal seul	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 31006
<i>Base de remboursement</i>	€ 950,96	<i>Marge de sécurité (%)</i> 10,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.046,05	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 95,09 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 950,96

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

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 31007
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.259,28	<i>Marge de sécurité (%)</i> 10,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%

Liste

B. Neurochirurgie

<i>Prix maximum</i>	€ 1.385,20	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 125,92	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.259,28

Conditions de remboursement : B-§04

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

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 nominative :** 31008

Base de remboursement € 1.370,39 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.507,42 *Marge de sécurité (€)* € 137,03 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.370,39

Conditions de remboursement : B-§04

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

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 nominative :** 31009

Base de remboursement € 1.314,33 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.445,76 *Marge de sécurité (€)* € 131,43 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.314,33

Conditions de remboursement : B-§04

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

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 nominative :** 31010

Base de remboursement € 1.501,52 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.651,67 *Marge de sécurité (€)* € 150,15 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.501,52

Conditions de remboursement : B-§04

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

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 nominative :** 31011

Base de remboursement € 1.612,64 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.773,90 *Marge de sécurité (€)* € 161,26 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.612,64

Conditions de remboursement : B-§04

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

Liste

B. Neurochirurgie

152272 - 152283

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

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste nominative : 31012

Base de remboursement

€ 1.556,58

Marge de sécurité (%) 10,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 1.712,23

Marge de sécurité (€) € 155,65

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.556,58

Conditions de remboursement : B-§04

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

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 31013

Base de remboursement

€ 692,70

Marge de sécurité (%) 100,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 1.385,40

Marge de sécurité (€) € 692,70

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 692,70

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 31014

Base de remboursement

€ 752,76

Marge de sécurité (%) 100,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 1.505,52

Marge de sécurité (€) € 752,76

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 752,76

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

152331 - 152342

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

Catégorie de remboursement :

I.C.a

Liste nominative : 31015

Base de remboursement

€ 722,73

Marge de sécurité (%) 100,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 1.445,46

Marge de sécurité (€) € 722,73

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 722,73

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 31016

Base de remboursement

€ 825,84

Marge de sécurité (%) 100,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 1.651,68

Marge de sécurité (€) € 825,84

Intervention personnelle (€) € 0,00

Liste

B. Neurochirurgie

Montant du remboursement € 825,84

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 31017
<i>Base de remboursement</i>	€ 886,90	<i>Marge de sécurité (%)</i> 100,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.773,80	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 886,90 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 886,90

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
152390 - 152401	Valve réglable avec système anti-siphon et avec cathéter distal seule utilisée hors des indications prévues à la condition de remboursement B-§04	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 31018
<i>Base de remboursement</i>	€ 855,87	<i>Marge de sécurité (%)</i> 100,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.711,74	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 855,87 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 855,87

B.4.4 Accessoires pour valves d'hydrocéphalie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
152412 - 152423	Système anti-siphon	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 251,25	<i>Marge de sécurité (%)</i> 75,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 439,68	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 188,43 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 251,25

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
152434 - 152445	Réservoir	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 216,22	<i>Marge de sécurité (%)</i> 50,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 324,33	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 108,11 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 216,22

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
152456 - 152460	Connecteur	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	

Liste

B. Neurochirurgie

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

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

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

Catégorie de remboursement : I.B.a

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

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

152493 - 152504 Cathéter de drainage sans réservoir

Catégorie de remboursement : I.B.a

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

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

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

Catégorie de remboursement : I.B.a

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

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 198,37	<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>	€ 198,37

B.4.5 Systèmes de drainage externe

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

Liste

B. Neurochirurgie

152552 - 152563

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

Catégorie de remboursement :

II.B.a

Base de remboursement

€ 146,15

Marge de sécurité (%) 33,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 194,37

Marge de sécurité (€) € 48,22

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 146,15

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

152574 - 152585

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

Catégorie de remboursement :

II.B.a

Base de remboursement

€ 146,15

Marge de sécurité (%) 100,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 292,30

Marge de sécurité (€) € 146,15

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 146,15

B.5 Clip pour anévrisme cérébral

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

152596 - 152600

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

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

€ 232,24

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 232,24

B.6 Cranioplastie

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

152611 - 152622

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

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

€ 60,06

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 60,06

Conditions de remboursement :

B-§05

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

152633 - 152644

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

Liste

B. Neurochirurgie

Catégorie de remboursement : I.D.a

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

Conditions de remboursement : B-§05

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

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

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

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

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

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

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

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

Catégorie de remboursement : I.D.a

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

Liste

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 90,09	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 90,09

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 8.238,35	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 8.238,35
Conditions de remboursement :	B-§06	

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

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 82,65	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 82,65	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 82,65
Conditions de remboursement :	B-§07	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 51,66	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 51,66	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 51,66
Conditions de remboursement :	B-§07	

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

Liste

B. Neurochirurgie

152810 - 152821	Electrode intracérébrale à utiliser sans vis de guidage, connecteurs inclus, par point de contact				
Catégorie de remboursement :	II.B.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 103,32	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 103,32	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 103,32
Conditions de remboursement :	B-§07				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
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.B.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 92,98	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 92,98	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 92,98
Conditions de remboursement :	B-§07			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
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.B.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 36,16	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 36,16	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 36,16
Conditions de remboursement :	B-§07			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
152876 - 152880	Vis de guidage, par pièce			
Catégorie de remboursement :	II.B.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 36,16	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 36,16	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 36,16
Conditions de remboursement :	B-§07			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
152891 - 152902	Vis de guidage, compatible MEG (magnetoencephalography) par pièce			
Catégorie de remboursement :	II.B.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 80,59	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 80,59	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 80,59
Conditions de remboursement :	B-§07			

Liste

B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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

Catégorie de remboursement : II.B.a

Base de remboursement € 113,65 *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 113,65 *Marge de sécurité (€)* € 0,00 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 113,65

Conditions de remboursement : B-§07

Conditions de remboursement

B-§01

Prestation(s) liée(s) :

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

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

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

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

2. Critères concernant le bénéficiaire

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

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

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

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

4.1.1 Pour les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150953-150964 et 150975-150986

Ces prestations ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié établi par le médecin spécialiste en neurologie ou neurochirurgie.

4.1.2 Pour la prestation 150990-151001:

Le cathéter utilisé pour la stimulation d'essai dans le cadre d'indications décrites au point 2 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification au médecin-conseil pour autant que :

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

et

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

4.2. Remplacement

Les prestations 150732-150743 et 150791-150802 150953-150964 et 150975-150986 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification du remplacement par le médecin-spécialiste en neurologie ou neurochirurgie au médecin-conseil, après implantation, pour autant que la première implantation ait fait l'objet d'un accord du médecin-conseil.

En cas de remplacement d'une pompe implantable en cas de spasticité et/ou dystonie, n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

4.3 Remplacement prématuré

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150754-150765 ou 150813-150824 pour le remplacement prématuré endéans le délai de trois ans suivant la date de l'implantation relative à la prestation 150710-150721 ou 150776-150780 ou 150732-150743 ou 150791-150802 ou 150754-150765 ou 150813-150824

peut être accordée par le médecin-conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

Une intervention de l'assurance obligatoire, dans le délai de trois ans suivant la date de l'implantation, pour le remplacement d'une pompe programmable (150710-150721 ou 150732-150743 ou 150754-150765) par une pompe à débit constant (150776-150780 ou 150791-150802 ou 150813-150824), et inversement, peut être accordée par le médecin-conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150732-150743 ou 150791-150802 ne peut être accordée qu'après un délai de trois ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 150710-150721 ou 150776-150780 ou 150732-150743 ou 150791-150802 ou 150754-150765 ou 150813-150824 et conformément aux dispositions des points 1 et 2.

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

5.2. Autres règles

Pas d'application.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

B-§02

Prestation(s) liée(s) :

150835 - 150846
150850 - 150861
150872 - 150883
150894 - 150905
150916 - 150920
150931 - 150942
150953 - 150964
150975 - 150986
150990 - 151001
151012 - 151023
151034 - 151045
151056 - 151060
151071 - 151082
151093 - 151104
151115 - 151126
151130 - 151141
151152 - 151163
151174 - 151185
151196 - 151200
151211 - 151222
151233 - 151244
151255 - 151266
151270 - 151281
151292 - 151303
151314 - 151325
151336 - 151340
151351 - 151362

151373 - 151384

151395 - 151406

151410 - 151421

151432 - 151443

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux pompes implantables et neurostimulateurs 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, 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, 151270-151281, 151292-151303, 151314-151325, 151336-151340, 151351-151362, 151373-151384, 151395-151406, 151410-151421, 151432-151443, 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., 2.2.3. et 2.2.4. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d'un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d'un médecin spécialiste en neurochirurgie et qui assure un service de garde permanent permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels du neurostimulateur ou de la pompe.

L'intervention chirurgicale mentionnée en 2.2.2. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d'un service de chirurgie (spécialisé en chirurgie vasculaire) qui opère effectivement sous la direction d'un médecin spécialiste en chirurgie qui pratique la chirurgie vasculaire, et qui assure un service de garde permanent, permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels du neurostimulateur.

L'équipe pluridisciplinaire responsable de l'implantation et du traitement est composée :

- pour l'implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.4., d'un neurochirurgien, d'un neurologue ou d'un anesthésiste et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre;
- pour l'implantation mentionnée en 2.2.2., d'un chirurgien vasculaire, d'un interniste et du médecin spécialiste qui réalise l'intervention;
- pour l'implantation mentionnée en 2.2.3. , d'un neurochirurgien, d'un interniste et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 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, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 151270-151281, 151292-151303, 151314-151325, 151336-151340, 151351-151362, 151373-151384, 151395-151406, 151410-151421, 151432-151443, 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 ou du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

2.2. Indications

2.2.1. L'implantation des dispositifs prévu sous les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151270-151281, 151292-151303, 151314-151325, 151336-151340, 151351-151362, 151373-151384, 151395-151406, 151410-151421, 151432-151443, 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 stimulation intracérébrale ou du cordon médullaire, ou 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 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151270-151281, 151292-151303, 151314-151325, 151336-151340, 151351-151362, 151373-151384, 151395-151406, 151410-151421 et 151432-151443 doit être pratiquée pour le traitement d'une thrombo-angéite oblitérante pour laquelle le bénéficiaire souffre d'une douleur ischémique au repos et/ou montre des troubles trophiques limités, et sans qu'il n'y ait aucune indication de revascularisation chirurgicale ou percutanée ou de fibrinolyse.

2.2.3. L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151270-151281, 151292-151303, 151314-151325, 151336-151340, 151351-151362, 151373-151384, 151395-151406, 151410-151421, 151432-151443, 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.

2.2.4. L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 151270-151281, 151292-151303, 151314-151325, 151336-151340, 151373-151384, 151395-151406 et 151410-151421 doit être pratiquée pour le traitement, par stimulation du cordon médullaire, du syndrome de douleurs neurogènes de longue durée, d'origine centrale ou médullaire ou radiculaire ou secondaire à une lésion traumatique d'un nerf périphérique, réfractaires au traitement chirurgical et/ou pharmacothérapeutique.

Les deux situations suivantes entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire:

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

ou

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

3. Critères concernant le dispositif

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

3.1 Définition

Pas d'application

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

3.3.1 Neurostimulateurs non rechargeables :

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 151012-151023 ou 151034-151045 une garantie (warranty) en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de quinze mois.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104 et 151115-151126, une garantie de quinze mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux (end of life) et une garantie de vingt-quatre mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs bilatéraux (end of life). En outre, une garantie (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de quinze mois.

3.3.2. Neurostimulateurs rechargeables :

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151233-151244 et 151255-151266, une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata. Pour le chargeur, une garantie totale de neuf ans est exigée.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

4.1.1. Pour les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151130-151141, 151196-151200, 151233-151244, 150835-150846, 150894-150905, 151270-151281, 151292-151303, 151314-151325, 151336-151340, 151351-151362, 150953-150964, 150975-150986 dans les indications reprises sous 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3. et 2.2.4. :

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil sur base du formulaire B-Form-I-1, ainsi que d'un rapport médical circonstancié établi et signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire responsable de l'implantation et du traitement.

Le rapport doit comporter les éléments suivants :

a)

l'anamnèse avec mention des traitements déjà appliqués qui sont restés sans résultats.

b)

- un diagnostic, la nature des lésions et leur caractère irréversible pour l'implantation mentionnée en 2.2.1.;

ou

- le diagnostic stipulant qu'il s'agit bien d'une thrombo-angéite oblitérante pour l'implantation mentionnée en 2.2.2.;

ou

- le diagnostic stipulant qu'il s'agit bien de douleurs consécutives à une pancréatite chronique pour l'implantation mentionnée en 2.2.3.

c)

- l'indication et l'évaluation multidisciplinaire avec un bilan psychologique et/ou psychiatrique, effectué avant la thérapie d'essai pour l'implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.3..

ou

- l'indication et l'évaluation multidisciplinaire ainsi que les résultats de différents tests dont le doppler pour l'implantation mentionnée en 2.2.2.;

d)

- les résultats d'une thérapie d'essai (pour l'implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.3. il s'agit de stimulation au niveau du cerveau ou de la moelle épinière ou administration intrathécale de morphine ou d'un agent

morphinomimétique) réalisée pendant une période de quatre semaines au moins, dont deux 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 à la fin de la quatrième semaine.

La thérapie d'essai peut être considérée comme positive lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément :

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

et

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

et

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

et

- augmentation du périmètre de marche (seulement pour l'implantation mentionnée en 2.2.2.);

et

- amélioration et le cas échéant guérison des troubles trophiques (seulement pour l'implantation mentionnée en 2.2.2.).

4.1.2. Pour la prestation 151373-151384 ou 151395-151406 ou 151410-151421 ou 151432-151443 dans les indications reprises sous 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3. ou 2.2.4. :

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

- que les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins quatre semaines se soient révélés négatifs
- et que tous les autres critères de remboursement repris sous les points 1. et 2. susvisés soient réalisés.

4.1.3. 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 quatre semaines se soient révélés négatifs et que tous les autres critères de remboursement repris aux points 1. et 2. susvisés soient réalisés.

4.2. Remplacement

4.2.1. Pour les prestations 150850-150861, 150916-150920, 151056-151060 ou 151093-151104 ou 151270-151281 ou 151292-151303 ou 151314-151325 ou 151336-151340 ou 151351-151362 ou 150953-150964 : Les prestations ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification du remplacement au médecin-conseil pour autant que la première implantation ait fait l'objet d'un accord du médecin-conseil. En cas de remplacement d'un neurostimulateur ou 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.

4.2.2. Pour les prestations 151152-151163, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 151270-151281, 151292-151303, 151314-151325, 151336-151340, 151351-151362 dans l'indication reprise sous 2.2.4. :

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur au moyen du formulaire B-Form-I-01, signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire responsable de l'implantation et du traitement. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'indication susmentionnée doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.3. Remplacement prématuré

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 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 pour la prestation 151071-151082 ou 151115-151126 pour un remplacement prématuré, c'est-à-dire avant le délai de vingt-quatre mois, peut être accordée par le médecin conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré du neurostimulateur non-rechargeable.

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.

Une intervention de l'assurance obligatoire, dans le délai de neuf ans, pour le remplacement prématuré d'un neurostimulateur rechargeable (151174-151185) peut être autorisée par le médecin-conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré et à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

4.3. 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. Cette règle ne s'applique pas au remplacement d'un dispositif 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 les prestations 151130-151141, 151152-151163 ou 151174-151185, exclut, pendant une période de neuf ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126 et 151152-151163.

5.2 Autres règles

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

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

B-§03

Prestation(s) liée(s) :

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

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

systematique, 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 soixante jours calendrier après l'implantation.

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

4.2. Remplacement

En cas de remplacement, pour les prestations 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151830-151841, 151896-151900, 151933-151944 et 151970-151981 la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

En cas de remplacement, la raison du remplacement doit être indiquée dans la notification.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2 Autres règles

Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151690-151701, et

151712-151723 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hémisphère cérébrale.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

B-§04

Prestation(s) liée(s) :

152176 - 152180

152191 - 152202

152213 - 152224

152235 - 152246

152250 - 152261

152272 - 152283

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

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

2.1. Indications:

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

ou

- pseudo-tumor cerebri;

ou

- hydrocéphalie normo-tensive;

ou

- nourrisson;

ou

- kystes cérébraux non-tumoraux;

ou

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

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à une des indications susmentionnées, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

B-§05

Prestation(s) liée(s) :

152611 - 152622

152633 - 152644

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au ciment utilisé en neurochirurgie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Pas d'application.

5.2. Autres règles

Le poids du ciment des prestations 152611-152622 et 152633-152644 est calculé en prenant en compte uniquement la poudre sèche. Les solvants n'entrent pas en ligne de compte. Il ne s'agit donc pas du poids du mélange.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

B-§06

Prestation(s) liée(s) :

152751 - 152762

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses d'os du crâne sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants :

- la surface osseuse à combler au moyen de l'implant est supérieure à 35cm²

ou

- le plus grand diamètre du manque osseux à combler est supérieur ou égal à 10cm. Ce plus grand diamètre peut être réduit à 5cm si le manque osseux à combler est situé au niveau du visage, ou si le bénéficiaire n'a pas terminé sa croissance.

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

3.1. Définition

La prestation couvre l'ensemble du processus de fabrication de l'implant (scan, ...) ainsi que l'ensemble des accessoires y compris les accessoires de fixation (plaques, vis, ciment, colle ...).

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord par le médecin-conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin spécialiste implanteur (accompagné de tout protocole d'examen médico-technique utile pour démontrer la surface à combler). Ce rapport permet au médecin conseil de juger si la demande répond aux indications reprises dans ce paragraphe, y compris en ce qui concerne la surface osseuse.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

B-§07

Prestation(s) liée(s) :

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.

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

C.1 Intervention sur l'oreille

C.1.1 Implant cochléaire

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
152935 - 152946	Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires de moins de huit ans			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	31101	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 20.152,29	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>	
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	C-§01			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
152950 - 152961	Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	31102	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 20.539,97	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>	
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	C-§01			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
152972 - 152983	Kit comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946 pour les bénéficiaires de moins de huit ans			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	31201	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 15.211,14	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>	
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	C-§01			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
152994 - 153005	Kit comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946 ou 152950-152961 pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	31202	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 15.598,82	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>	
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153016 - 153020	Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable, pour les bénéficiaires de moins de huit ans	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 31103
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 6.484,58	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 31104
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 6.872,26	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153053 - 153064	Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable pour l'oreille contralatérale, pour les bénéficiaires de moins de huit ans	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 31203
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.960,36	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 31204
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 5.348,04	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : C-§01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 31105

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 13.667,72	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : C-§01

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

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 nominative :** 31205

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

Prix plafond € 10.250,79 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* /

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : C-§01

C.1.2 Prothèse pour audition réduite

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

153134 - 153145 Implant pour reconstruction totale de la chaîne ossiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 330,33 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 330,33

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

153156 - 153160 Implant pour reconstruction partielle de la chaîne ossiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 330,33 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 330,33

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

153171 - 153182 Piston

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 90,09 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 90,09

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

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

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.139,16	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.139,16
Conditions de remboursement :	C-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 320,32	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 320,32
Conditions de remboursement :	C-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153230 - 153241	Remplacement du dispositif de fixation (abutment) pour BAHA	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 914,93	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 914,93

C.2 Intervention sur le nez

C.2.1 Matériel utilisé lors d'une chirurgie du sinus

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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>	€ 123,98	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 68,18
		<i>Montant du remboursement</i> € 55,80

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153274 - 153285	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 255894 - 255905 de la nomenclature	

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

Catégorie de remboursement :	II.D.d				
<i>Base de remboursement</i>	€ 123,98	<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>	€ 68,18
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 55,80

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
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>	€ 123,98	<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> € 68,18
				<i>Montant du remboursement</i> € 55,80
Conditions de remboursement :	C-§03			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
153311 - 153322	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254774-254785 de la nomenclature			
Catégorie de remboursement :	II.D.d			
<i>Base de remboursement</i>	€ 123,98	<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> € 68,18
				<i>Montant du remboursement</i> € 55,80
Conditions de remboursement :	C-§03			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
153333 - 153344	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254796-254800 de la nomenclature			
Catégorie de remboursement :	II.D.d			
<i>Base de remboursement</i>	€ 123,98	<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> € 68,18
				<i>Montant du remboursement</i> € 55,80
Conditions de remboursement :	C-§03			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
153355 - 153366	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254811-254822 de la nomenclature			
Catégorie de remboursement :	II.D.d			
<i>Base de remboursement</i>	€ 123,98	<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> € 68,18
				<i>Montant du remboursement</i> € 55,80
Conditions de remboursement :	C-§03			

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153370 - 153381	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254833-254844 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 147,74	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 81,25
		<i>Montant du remboursement</i> € 66,49
Conditions de remboursement :	C-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153392 - 153403	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254855-254866 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 147,74	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 81,25
		<i>Montant du remboursement</i> € 66,49
Conditions de remboursement :	C-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153414 - 153425	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258753-258764 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 177,70	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 97,73
		<i>Montant du remboursement</i> € 79,97

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153436 - 153440	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 245055-245066 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 196,30	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 107,96
		<i>Montant du remboursement</i> € 88,34

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153451 - 153462	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254870-254881 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 252,09	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 138,64

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

Montant du remboursement € 113,45

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153473 - 153484	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254892-254903 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 247,96	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 136,37
		<i>Montant du remboursement</i> € 111,59

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153495 - 153506	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254914-254925 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 123,98	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 68,18
		<i>Montant du remboursement</i> € 55,80

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153510 - 153521	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254936-254940 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 138,44	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 76,14
		<i>Montant du remboursement</i> € 62,30

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153532 - 153543	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258635-258646 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 22,73	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 12,50
		<i>Montant du remboursement</i> € 10,23

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153554 - 153565	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258650-258661 de la nomenclature	

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

Catégorie de remboursement :	II.D.d				
<i>Base de remboursement</i>	€ 33,06	<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>	€ 18,18
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 14,88

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

153576 - 153580	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258672-258683 de la nomenclature				
Catégorie de remboursement :	II.D.d				
<i>Base de remboursement</i>	€ 33,06	<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>	€ 18,18
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 14,88

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

153591 - 153602	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258731-258742 de la nomenclature				
Catégorie de remboursement :	II.D.d				
<i>Base de remboursement</i>	€ 22,73	<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>	€ 12,50
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 10,23

C.3 Intervention sur le larynx/la trachée

C.3.1 Prothèse de la parole et accessoires

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

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 35,04	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 35,04	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 35,04

Conditions de remboursement : C-§04

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

153635 - 153646	Prothèse de la parole pour placement permanent dans un shunt trachéo-oesophagien				
Catégorie de remboursement :	I.B.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 186,19	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 186,19	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 186,19

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 234,24	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 234,24

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153672 - 153683	Filtre externe pour humidificateur trachéal	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 120,12	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 120,12

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 140,14	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 140,14

Conditions de remboursement : C-§04

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 70,07	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 70,07

Conditions de remboursement : C-§04

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

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 686,70	<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>	€ 686,70

Conditions de remboursement : C-§04

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 908,92	<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>	€ 908,92

Conditions de remboursement : C-§04

C.3.2 Tissu synthétique

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 5,31	<i>Marge de sécurité (%)</i> 0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 5,31	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 5,31

C.3.3 Tuteurs et canules

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

153790 - 153801 Tube de laryngectomie, y compris les accessoires (cinq filtres), par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 105,11	<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>	€ 105,11

Conditions de remboursement : C-§05

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

153812 - 153823 Tuteur de stomie trachéale avec ailettes endotrachéales, par pièce

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 180,18	<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>	€ 180,18

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

Conditions de remboursement : C-§05

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153834 - 153845	Tuteur trachéal en forme de T, par pièce	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 285,29	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 285,29

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153856 - 153860	Tube de dérivation salivaire, par pièce	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 315,32	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 315,32

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153871 - 153882	Bouton de trachéotomie à l'exception du bouton laryngé pour patients laryngectomisés, par pièce	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 55,06	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 55,06

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
153893 - 153904	Canule trachéale comprenant une extension distale ou proximale, y compris les accessoires, par pièce	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 82,65	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 20,66
		<i>Montant du remboursement</i> € 61,99

Conditions de remboursement : C-§06

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
- 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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 92,98	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 23,24
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 69,74

Conditions de remboursement : C-§06

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

153930 - Canule trachéale sans extension distale ou proximale : avec ou sans ballon, fenestrée ou non, armée ou non, y compris les accessoires (canule interne, brosse, obturateur, bouchon), par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 46,49 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 11,62

Montant du remboursement € 34,87

Conditions de remboursement : C-§06

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

153952 - 153963 Canule trachéale en argent, par pièce

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 309,95 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 77,48

Montant du remboursement € 232,47

Conditions de remboursement : C-§06

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

153974 - Filtres échangeur de chaleur et d'humidité (Heat & Moisture exchanger - HME), avec ou sans valve phonatoire, qui se placent sur une canule trachéale ou un tube de laryngectomie, pour patients avec une trachéostomie ou trachéotomie à long terme

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 237,63 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 237,63

Conditions de remboursement : C-§07

C.4 Intervention sur la thyroïde et les glandes parathyroïdes

C.4.1 Matériel pour (para)thyroïdectomie

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

153996 - 154000 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257014 - 257025 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 237,63 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 59,40

Montant du remboursement € 178,23

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

Conditions de remboursement : C-§08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
154011 - 154022	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257014 - 257025 de la nomenclature, en chirurgie ouverte	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 237,63	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 59,40
		<i>Montant du remboursement</i> € 178,23
Conditions de remboursement : C-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
154033 - 154044	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257036 - 257040 de la nomenclature, par voie endoscopique	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 237,63	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 59,40
		<i>Montant du remboursement</i> € 178,23
Conditions de remboursement : C-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
154055 - 154066	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257036 - 257040 de la nomenclature, en chirurgie ouverte	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 237,63	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 59,40
		<i>Montant du remboursement</i> € 178,23
Conditions de remboursement : C-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
154070 - 154081	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257073 - 257084 de la nomenclature, par voie endoscopique	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 237,63	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 59,40
		<i>Montant du remboursement</i> € 178,23
Conditions de remboursement : C-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
154092 - 154103	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257073 - 257084 de la nomenclature, en chirurgie ouverte	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 237,63	<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>	€ 59,40
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 178,23

Conditions de remboursement : C-§08

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

154114 - 154125 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257014-257025 de la nomenclature effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 508,31	<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>	€ 127,07
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 381,24

Conditions de remboursement : C-§08

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

154136 - 154140 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257014-257025 de la nomenclature effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 508,31	<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>	€ 127,07
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 381,24

Conditions de remboursement : C-§08

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

154151 - 154162 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257036-257040 de la nomenclature effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 508,31	<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>	€ 127,07
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 381,24

Conditions de remboursement : C-§08

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

154173 - 154184 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257036-257040 de la nomenclature effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 508,31	<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>	€ 127,07
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 381,24

Conditions de remboursement : C-§08

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

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

154195 - 154206 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257073-257084 de la nomenclature effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 508,31 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 127,07

Montant du remboursement € 381,24

Conditions de remboursement : C-§08

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

154210 - 154221 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257073-257084 de la nomenclature effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 508,31 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 127,07

Montant du remboursement € 381,24

Conditions de remboursement : C-§08

C.5 Autres

C.5.1 Points de contact pour épithèses

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

154232 - 154243 Implants utilisés pour la construction d'un ancrage osseux pour épithèse, pour les parties internes, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 445,45 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 445,45

Conditions de remboursement : C-§02

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

154254 - 154265 Implants utilisés pour la construction standard (abutment) d'un ancrage osseux pour épithèse, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 192,19 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 192,19

Conditions de remboursement : C-§02

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

154276 - 154280 Implants utilisés pour la construction en angle (console abutment) d'un ancrage osseux pour épithèse, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 363,37 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Liste

C. Oto-rhino-laryngologie

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 0,00
Montant du remboursement € 363,37

Conditions de remboursement : C-§02

C.5.2 Ciment

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

154291 - 154302 Ciment acrylique pour la fermeture de défauts crâniofaciaux, par 10 g

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 60,06 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 60,06

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

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 € 220,22 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 220,22

Conditions de remboursement

C-§01

Prestation(s) liée(s) :

152935 - 152946
152950 - 152961
152972 - 152983
152994 - 153005
153016 - 153020
153031 - 153042
153053 - 153064
153075 - 153086
153090 - 153101
153112 - 153123

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 et 153112-153123 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement qui répond aux critères suivants:

1.1. Pose d'indication

Pour poser l'indication, le médecin spécialiste implanteur se base sur les données d'un établissement hospitalier ou d'un centre avec un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein.

1.2. Implantation

L'implantation doit être réalisée dans un établissement hospitalier comprenant un service d'oto-rhino-laryngologie spécialisé en cette matière, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein lié à cet établissement hospitalier et qui effectue l'implantation.

1.3. Réglage et suivi

Le réglage et le suivi de l'implant doivent être réalisés dans un établissement hospitalier visé au point 1.2. et/ou un centre spécialisé en oto-rhino-laryngologie disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, un audicien-audiologue équivalent temps plein et un médecin ORL équivalent temps plein.

1.4. Les services mentionnés sous les points 1.1., 1.2. et 1.3. doivent pouvoir garantir une assistance continue.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101 et 153112-153123 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

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

2.2 Indications

2.2.1. Pour les bénéficiaires avec perte d'audition bilatérale

2.2.1.1. Pour les prestations 152935-152946 et 152950-152961:

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

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

et

le seuil du pic V au BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 90 dB nHL (normal hearing level).

et

- des aides auditives ou amplificatrices des sons adéquates, ne permettent pas une audition fonctionnelle chez des

sujets sourds postlinguaux.

En cas d'audition non fonctionnelle, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué, par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant), et aussi bien pour les néerlandophones, francophones et germanophones), comme étant inférieur ou égal à 30 %.

Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l'enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit en être clairement mentionnée dans le formulaire.

2.2.1.2. Pour les prestations 152972-152983 et 152994-153005 :

Les bénéficiaires sont des enfants ayant déjà bénéficié d'un accord pour une première aide auditive décrite sous la prestation 683690-683701, 152935-152946 ou 152950-152961, et ce avant leur douzième anniversaire ou avant leur dix-huitième anniversaire pour les enfants souffrant d'ossification bilatérale imminente.

2.2.2. Pour les bénéficiaires avec une neuropathie évolutive

2.2.2.1. Pour les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983 et 152994-153005 :

Les examens montrent l'existence d'une discordance entre les seuils de l'audiométrie tonale et/ou comportementale et de l'audiométrie vocale, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :

- présence de signes électrophysiologiques de neuropathie auditive à l'enregistrement des potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral : potentiels évoqués désynchronisés lors d'un examen à 90dB nHL (normal hearing level) et/ou des potentiels microphoniques cochléaires anormaux.

et

- des aides auditives ou amplificatrices des sons adéquates, ne permettent pas une audition fonctionnelle chez des sujets sourds postlinguaux.

et

- Lors d'une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant), et aussi bien pour les néerlandophones, francophones et germanophones), un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) est évalué comme étant inférieur ou égal à 30%.

Chez les jeunes enfants chez qui une audiométrie vocale ne peut être effectuée, l'indication peut être établie sur base de tests électrophysiologiques indicatifs de neuropathie auditive.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983 ou 152994-153005 n'est possible que pour des enfants âgés de plus de douze mois et chez qui l'implantation a eu lieu avant leur dix-huitième anniversaire.

2.3.

Le bénéficiaire a subi une audiométrie vocale, avec et sans appareil auditif, dont les résultats sont repris dans le formulaire de demande prévu au point 4.

Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l'enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit en être clairement mentionnée.

Les résultats de l'essai d'amplification auditive peuvent ne pas être joints si un facteur rend l'implantation urgente, à savoir risque de fibrose ou ossification de la cochlée après méningite ou d'autres causes à motiver.

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

2.4.

Le bénéficiaire doit suivre un programme de rééducation. Une prise en charge logopédique de longue durée (qu'il s'agisse d'une logopédie multidisciplinaire ou non) doit au moins avoir lieu après l'implantation pour développer un codage auditif efficace. Le responsable de la rééducation doit être mentionné nominativement.

En ce qui concerne les enfants avec implant, la prise en charge doit être supervisée jusqu'à leur dix-huitième anniversaire par un établissement hospitalier effectuant des implantations d'implants cochléaires ou un centre de réadaptation fonctionnelle ouïe et parole.

Pour les bénéficiaires qui reçoivent une implantation bilatérale de façon séquentielle avec un intervalle de plus de six mois, il doit être démontré qu'ils ont suivi ou suivent intensivement et avec succès un programme de rééducation.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101 et 153112-153123 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif qui répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Les kits doivent contenir au minimum, en plus de l'aide auditive complète ou de la partie non implantable,

- pour les kits pour les bénéficiaires de moins de huit ans : une batterie rechargeable supplémentaire, un chargeur pour batterie rechargeable, deux antennes (ou deux coils et deux aimants), cinq câbles et douze crochets ou tours d'oreille ou snugfits ou embouts moulés.

- pour les kits pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire : une batterie rechargeable supplémentaire, un chargeur pour batterie rechargeable, trois antennes (ou trois coils et trois aimants), sept câbles

et douze crochets ou tours d'oreille ou snugfits ou embouts moulés.
Par contralatérale, il faut comprendre l'oreille qui a reçu en dernier un premier implant.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Les dispositifs repris sur les listes nominatives doivent répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Dix ans de garantie totale à 100% pour les parties implantables
- Trois ans de garantie totale à 100% pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile) pour les bénéficiaires de moins de huit ans
- Cinq ans de garantie totale à 100% pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile) pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Procédure pour les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983 et 152994-153005:

Après implantation, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur qui a posé l'indication, via l'organisme assureur, au Collège des médecins-directeurs sur base d'un formulaire et le cas échéant d'un rapport médical audiolinguistique signé.

En cas de perte d'audition bilatérale, le formulaire C-Form-I-1 doit être utilisé pour les prestations 152935-152946 et 152950-152961 et le formulaire C-Form-I-2 pour les prestations 152972-152983 et 152994-153005.

En cas de neuropathie évolutive, le formulaire C-Form-I 3 doit être utilisé pour les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983 et 152994-153005.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

4.2.1. Procédure pour les prestations 153090-153101 et 153112-153123 :

Les prestations 153090-153101 et 153112-153123 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, après implantation sur base du formulaire C-Form-I-4 et le cas échéant d'un rapport médical audiolinguistique signé.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est, après implantation, transmise par le médecin spécialiste implanteur, via l'organisme assureur, au Collège des médecins-directeurs.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2.2. Procédure pour les prestations 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064 et 153075-153086 :

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153016-153020 ou 153031-153042 ou 153053-153064 ou 153075-153086 est transmise par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil sur base du formulaire C-Form-I-5 et d'un rapport médical circonstancié qui sont transmis par le médecin-spécialiste implanteur au médecin-conseil.

4.2.3. Procédure pour le remplacement de dispositifs qui n'ont pas été remboursés

Pour les dispositifs qui n'ont pas été remboursés par l'assurance obligatoire, les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement, doivent être fournis par le médecin spécialiste implanteur qui a posé l'indication, via l'organisme assureur, au Collège des médecins-directeurs. La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour le remplacement suit la procédure décrite au point 4.1..

Les règles reprises au point 5 sont également valables pour ces dispositifs.

4.3. Remplacement prématuré

4.3.1. Pour les prestations 153090-153101 et 153112-153123 :

Une dérogation exceptionnelle aux délais de remplacement de la partie à implanter peut être accordée, pour raison impérieuse, par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical motivé et ce, à condition que le dispositif concerné ait satisfait aux garanties reprises au point 3.3.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.3.2. Pour les prestations 153016-153020 et 153031-153042:

Une dérogation exceptionnelle aux délais de remplacement du processeur vocal peut être accordée, pour raison impérieuse, par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant la dérogation demandée et ce, à condition que le dispositif concerné ait satisfait aux garanties reprises au point 3.3.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.4. Dérogation à la procédure

En cas d'urgence, une dérogation à la procédure de demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la

prestation 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983 ou 152994-153005 peut être accordée en cas de constatation d'une fibrose démontrable de la cochlée après méningite, comme précurseur d'une ossification, ou d'autres affections exceptionnelles à motiver.

Dans ce cas, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise avant implantation, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil sur base du formulaire C-Form-I-1, C-Form-I-2 ou C-Form-I-3, selon l'indication et l'implant, et d'un rapport médical audiolinguistique circonstancié.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

5.2.1. Prestations 153016-153020 et 153031-153042 :

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153016-153020 ou 153031-153042 ne peut être accordée que :

- minimum trois ans après la prestation 152935-152946 ou 153016-153020 ou la prestation 683690-683701 ou 683233-683244 de la nomenclature chez les bénéficiaires avant l'âge de huit ans;
- minimum trois ans après la prestation 152935-152946 ou 153016-153020 chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire;
- minimum cinq ans après la prestation 152950-152961 ou 153031-153042 ou la prestation 683690-683701 ou 683233-683244 de la nomenclature chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire;

5.2.2. Prestations 153053-153064 et 153075-153086:

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153053-153064 ou 153075-153086 ne peut être accordée que :

- minimum trois ans après la prestation 152972-152983 ou 153053-153064 ou la prestation 691891-691902 ou 685333-685344 de la nomenclature chez les bénéficiaires avant l'âge de huit ans;
- minimum trois ans après la prestation 152972-152983 ou 153053-153064 chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire;
- minimum cinq ans après la prestation 152994-153005 ou 153075-153086 ou la prestation 691891-691902 ou 685333-685344 ou 691935-691946 de la nomenclature chez les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire;

En cas d'implantation bilatérale, les règles valent par oreille.

5.2.3. Prestations 153090-153101 et 153112-153123:

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153090-153101 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 683690-683701 de la nomenclature ou 152935-152946 ou 152950-152961 et ne peut être portée en compte qu'une fois par période de dix ans.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 153112-153123 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 152972-152983 ou 152994-153005 ou la prestation 691891-691902 ou 685333-685344 de la nomenclature et ne peut être portée en compte qu'une fois par période de dix ans.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

C-§02

Prestation(s) liée(s) :

153193 - 153204
153215 - 153226
154232 - 154243
154254 - 154265
154276 - 154280

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants ostéointégrés pour aide auditive à ancrage osseux ou pour épithèse, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 154254-154265 et 154276-154280 ne peuvent être cumulées entre elles par point d'ancrage.

5.2. Autres règles

Les prestations 153193-153204 et 153215-153226 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 258495-258506 de la nomenclature.

Les prestations 154232-154243, 154254-154265 et 154276-154280 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 251694-251705 de la nomenclature en vue du placement d'une prothèse faciale externe (épithèse ancrable).

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

L'appareil auditif avec processeur vocal est remboursé par le biais de l'article 31 de la nomenclature.

C-§03

Prestation(s) liée(s) :

153296 - 153300

153311 - 153322

153333 - 153344

153355 - 153366

153370 - 153381

153392 - 153403

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors du traitement chirurgical complet de la pathologie inflammatoire du sinus, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les prestations 153296-153300, 153311-153322, 153333-153344, 153355-153366, 153370-153381 et 153392-153403 ne peuvent être attestées qu'une seule fois même lorsque l'intervention est effectuée de manière bilatérale.

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

C-§04

Prestation(s) liée(s) :

153613 - 153624

153635 - 153646

153650 - 153661

153672 - 153683

153694 - 153705

153716 - 153720

153731 - 153742

153753 - 153764

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 153613-153624, 153635-153646, 153650-153661, 153672-153683, 153731-153742, 153753-153764, 153694-153705 et 153716-153720 doivent être prescrites par un médecin spécialiste en chirurgie générale, stomatologie ou oto-rhino-laryngologie.

4.2. Remplacement

Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Le médecin-conseil est compétent en matière d'octroi d'un accord pour les cas qui dérogent au quota fixé au point 5.2. sur base d'un rapport médical circonstancié, rédigé par un médecin spécialiste appartenant aux catégories citées au point 4.1.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 153613-153624 et 153635-153646 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 153731-153742 et 153753-153764 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles

Les prestations 153613-153624 et 153635-153646 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire au maximum cinq fois par année calendrier.

La prestation 153650-153661 ne peut être attestée que cinq fois par année calendrier.

Sur une période de cinq ans, les prestations 153731-153742 et 153753-153764 ne peuvent faire l'objet d'une

intervention de l'assurance obligatoire qu'une seule fois.

La dotation pour la prestation 153672-153683 est de nonante filtres et ne peut attestée que cinq fois par année calendrier.

La dotation pour la prestation 153694-153705 est d'un conditionnement comprenant trois filtres et cent adhésifs et ne peut être attestée que cinq fois par année calendrier.

La prestation 153716-153720 ne peut être attestée que deux fois par année calendrier.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

C-§05

Prestation(s) liée(s) :

153790 - 153801

153812 - 153823

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tubes de laryngectomie et aux tuteurs de stomie trachéale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les prestations 153790-153801 et 153812-153823 peuvent être attestées au maximum quatre fois par année calendrier.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

C-§06

Prestation(s) liée(s) :

- **153926**

153893 - 153904

153930 -

153952 - 153963

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

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

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

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

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

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

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

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

C-§07

Prestation(s) liée(s) :

153974 -

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filtres échangeur de chaleur et d'humidité (Heat & Moisture exchanger - HME), avec ou sans valve phonatoire, qui se placent sur une canule trachéale ou un tube de laryngectomie, pour les bénéficiaires avec une trachéostomie à long terme, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 153974 doit être prescrite par un médecin spécialiste en chirurgie générale, stomatologie, oto-rhino-

laryngologie ou pédiatrie.

4.2. Remplacement

Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Le médecin-conseil est compétent en matière d'octroi d'un accord pour les cas qui dérogent au quota fixé au point 5.2. moyennant la présentation d'un rapport médical circonstancié, rédigé par un médecin spécialiste appartenant aux catégories citées au point 4.1.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 153974 ne peut être cumulée avec les prestations 153650-153661, 153672-153683, 153694-153705, 153716-153720, 153731-153742, 153753-153764.

5.2. Autres règles

La dotation pour la prestation 153974 est de 90 filtres et ne peut être attestée que cinq fois maximum par année calendrier.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

C-§08

Prestation(s) liée(s) :

153996 - 154000
154011 - 154022
154033 - 154044
154055 - 154066
154070 - 154081
154092 - 154103
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, 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

Les prestations 154114-154125, 154136-154140, 154151-154162, 154173-154184, 154195-154206 et 154210-154221 ne sont pas cumulables avec les prestations 153996-154000, 154011-154022, 154033-154044, 154055-154066, 154070-154081 et 154092-154103.

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

Liste

D. Urologie et néphrologie

D.1 Rein

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 857,52	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 214,38
		<i>Montant du remboursement</i> € 643,14
Conditions de remboursement :	D-§07	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 568,24	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 142,06
		<i>Montant du remboursement</i> € 426,18
Conditions de remboursement :	D-§07	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 857,52	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 214,38
		<i>Montant du remboursement</i> € 643,14
Conditions de remboursement :	D-§07	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 231,43	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 57,85
		<i>Montant du remboursement</i> € 173,58
Conditions de remboursement :	D-§07	

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

Liste

D. Urologie et néphrologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 172,54	<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>	€ 43,13
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 129,41

Conditions de remboursement : D-§07

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 232,46	<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>	€ 58,11
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 174,35

Conditions de remboursement : D-§07

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 185,97	<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>	€ 46,49
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 139,48

Conditions de remboursement : D-§01

D.2 Uretère

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 172,54	<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>	€ 43,13
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 129,41

Conditions de remboursement : D-§07

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 450,46	<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>	€ 112,61
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 337,85

Conditions de remboursement : D-§07

Liste

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 185,97	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 46,49
		<i>Montant du remboursement</i> € 139,48
Conditions de remboursement :	D-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 172,54	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 43,13
		<i>Montant du remboursement</i> € 129,41
Conditions de remboursement :	D-§07	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 231,43	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 57,85
		<i>Montant du remboursement</i> € 173,58
Conditions de remboursement :	D-§07	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 484,55	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 121,13
		<i>Montant du remboursement</i> € 363,42
Conditions de remboursement :	D-§07	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 308,91	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 77,22

Liste

D. Urologie et néphrologie

Montant du remboursement € 231,69

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 390,53	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 97,63
		<i>Montant du remboursement</i> € 292,90

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 190,10	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 47,52
		<i>Montant du remboursement</i> € 142,58

Conditions de remboursement : D-§07

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
154652 - 154663	Sonde de drainage à double J pour drainage par voie urétérale, par uretère	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 80,08	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 80,08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
154674 - 154685	Ensemble du matériel utilisé lors d'une urétéroscopie diagnostique	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 123,98	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 68,18
		<i>Montant du remboursement</i> € 55,80

D.3 Vessie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
154696 - 154700	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260411-260422 de la nomenclature, par voie endoscopique	

Liste

D. Urologie et néphrologie

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 826,53	<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>	€ 206,63
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 619,90

Conditions de remboursement : D-§07

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 826,53	<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>	€ 206,63
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 619,90

Conditions de remboursement : D-§07

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 497,98	<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>	€ 124,49
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 373,49

Conditions de remboursement : D-§07

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 826,53	<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>	€ 206,63
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 619,90

Conditions de remboursement : D-§07

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 769,70	<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>	€ 192,42
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 577,28

Conditions de remboursement : D-§07

Liste

D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
154792 - 154803	Set pour le placement percutané ou le remplacement d'un cathéter urinaire suspubien	
Catégorie de remboursement :	I.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 30,99	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 17,04
		<i>Montant du remboursement</i> € 13,95

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 100,10	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 100,10
Conditions de remboursement :	D-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 184,19	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 184,19
Conditions de remboursement :	D-§02	

D.4 Prostate

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 666,39	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 166,59
		<i>Montant du remboursement</i> € 499,80
Conditions de remboursement :	D-§07	

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

Liste

D. Urologie et néphrologie

154873 - 154884 Ensemble des marqueurs en or (aiguilles incluses) utilisés lors d'un carcinome de la prostate traité par IGRT (radiothérapie guidée par l'image)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 270,27 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 270,27

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

154895 - 154906 Ensemble des marqueurs en or (aiguilles exclues) utilisés lors d'un carcinome de la prostate traité par IGRT (radiothérapie guidée par l'image)

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 173,18 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 173,18

D.5 Pénis/testicule

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

154910 - 154921 Prothèse d'érection munie d'un réservoir à liquide et d'une pompe et placée à la suite d'une impuissance consécutive à une affection vasculaire ou neurologique, ou après phalloplastie en cas de dysphorie de genre

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement € 3.876,93 *Marge de sécurité (%)* 25,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 4.846,16 *Marge de sécurité (€)* € 969,23 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 3.876,93

Conditions de remboursement : D-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

154932 - 154943 Prothèse testiculaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 291,30 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 291,30

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

154954 - 154965 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261236 - 261240 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 176,67 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 44,16

Liste

D. Urologie et néphrologie

Montant du remboursement € 132,51

Conditions de remboursement : D-§07

D.6 Sphincter artificiel

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

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 nominative :** 31401

Base de remboursement € 5.305,38 Marge de sécurité (%) 0,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 5.305,38 Marge de sécurité (€) € 0,00 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 5.305,38

Conditions de remboursement : D-§04

D.7 Neurostimulation

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

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 nominative :** 31501

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

Prix plafond € 7.309,14 Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : D-§05

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

155013 - 155024 Premier neurostimulateur implanté en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 31601

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

Prix plafond € 6.805,51 Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : D-§06

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

155035 - 155046 Neurostimulateur de remplacement implanté en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 31601

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

Prix plafond € 6.805,51 Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) /

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : D-§06

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

Liste

D. Urologie et néphrologie

155050 - 155061	Electrode implantée pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 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>	€ 1.385,96	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	D-§06			
Date dernière modification : 1/07/2014			Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
155072 - 155083	Remplacement de l'électrode implantée pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 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>	€ 1.385,96	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	D-§06			
Date dernière modification : 1/07/2014			Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 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>	€ 1.385,96	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	D-§06			
Date dernière modification : 1/07/2014			Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
155116 - 155120	Extension implantée pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 31603		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 267,41	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	D-§06			
Date dernière modification : 1/07/2014			Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
155131 - 155142	Remplacement de l'extension implantée pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 31603		
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 267,41	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Liste

D. Urologie et néphrologie

Conditions de remboursement : D-§06

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 31604
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 612,30	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : D-§06

D.8 Matériel utilisé pour un examen uro-dynamique

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 61,99	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 34,09
		<i>Montant du remboursement</i> € 27,90

D.9 Divers

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 41,33	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 22,73
		<i>Montant du remboursement</i> € 18,60

Conditions de remboursement : D-§07

Conditions de remboursement

D-§01

Prestation(s) liée(s) :

154453 - 154464

154512 - 154523

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors du traitement percutané de calculs rénaux et d'obstruction urétérale ou utilisés lors de la confection d'une néphrostomie percutanée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

La prestation 154512-154523 ne peut pas être cumulée avec la prestation 154453-154464.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

D-§02

Prestation(s) liée(s) :

154814 - 154825

154836 - 154840

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'agent de renflement pour le traitement de reflux vésico-urétral, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 154814-154825 et 154836-154840 ne peuvent pas être cumulées entre elles.

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

En cas de traitement bilatéral, la prestation 154814-154825 ou la prestation 154836-154840 peut être attestée au maximum quatre fois.

Le traitement ne peut être répété qu'une et une seule fois par uretère.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

D-§03

Prestation(s) liée(s) :

154910 - 154921

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses d'érection, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 154910-154921 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- affection vasculaire résistante à la thérapie médicamenteuse et/ou chirurgicale
ou
- affection neurologique, y compris les lésions traumatiques ou diabétiques
ou
- après une phalloplastie en cas de dysphorie de genre.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

D-§04

Prestation(s) liée(s) :

154976 - 154980

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

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Si seulement une partie du sphincter urinaire artificiel doit être remplacée, cette partie peut être facturée via la prestation 154976-154980 et le code d'identification attribué au sphincter complet. Le remboursement se limite au prix de la facture. Cependant, si la partie à remplacer tombe sous les conditions de garantie, aucun remboursement n'est prévu.

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

D-§05

Prestation(s) liée(s) :

154991 - 155002

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au traitement d'affection vésicale neurogène par neurostimulation, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 154991-155002 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord par le médecin-conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié rédigé par l'urologue implanteur.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Si seulement une partie de l'appareil doit être remplacée, cette partie peut être facturée via la prestation 154991-155002 et le code d'identification attribué à l'appareil complet. Le remboursement se limite au prix de la facture.

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application

D-§06

Prestation(s) liée(s) :

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.

D-§07

Prestation(s) liée(s) :

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.534,24	<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	€ 1.534,24

Conditions de remboursement : E-§08

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

155315 - 155326 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.534,24	<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	€ 1.534,24

Conditions de remboursement : E-§08

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

155330 - 155341 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.534,24	<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	€ 1.534,24

Conditions de remboursement : E-§08

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

155352 - 155363 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.534,24	<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	€ 1.534,24

Conditions de remboursement : E-§08

E.1.2 Sonde/Stent

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

155374 - 155385 Tuteur oesophagien auto-expansible en matière synthétique, par tuteur

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 635,64	<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	€ 635,64

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
155396 - 155400	Tuteur oesophagien auto-expansible en métal, par tuteur	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.401,42	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.401,42

E.1.3 Sonde de mesure

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
155411 - 155422	Sonde de mesure de l'acidité, utilisée lors de la prestation 473594 - 473605 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 46,49	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 25,56
		<i>Montant du remboursement</i> € 20,93

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 153,94	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 84,66
		<i>Montant du remboursement</i> € 69,28

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 153,94	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 38,48
		<i>Montant du remboursement</i> € 115,46

E.1.4 Autres

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

<i>Base de remboursement</i>	€ 98,15	<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>	€ 24,53
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 73,62

Conditions de remboursement : E-§08

E.2 Intervention sur l'estomac

E.2.1 Gastrectomie

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 353,34	<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>	€ 88,33
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 265,01

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 353,34	<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>	€ 88,33
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 265,01

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 191,13	<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>	€ 47,78
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 143,35

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 500,05	<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>	€ 125,01
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 375,04

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 2.169,63	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 542,40
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.627,23
Conditions de remboursement : E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 719,08	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 179,77
		<i>Montant du remboursement</i> € 539,31
Conditions de remboursement : E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 380,20	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 95,05
		<i>Montant du remboursement</i> € 285,15
Conditions de remboursement : E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 500,05	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 125,01
		<i>Montant du remboursement</i> € 375,04
Conditions de remboursement : E-§08		

E.2.2 Sonde/Stent

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 82,65	<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	€ 82,65

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

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 41,33	<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	€ 41,33

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

155691 - 155702 Bouton gastrique

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 165,31	<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	€ 165,31

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

155713 - 155724 Sonde de gastrostomie de remplacement

Catégorie de remboursement :	II.D.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 20,66	<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	€ 20,66

Conditions de remboursement : E-§01

E.2.3 Autres

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

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 353,34	<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>	€ 88,33
				Montant du remboursement	€ 265,01

Conditions de remboursement : E-§08

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 353,34	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 88,33
		<i>Montant du remboursement</i> € 265,01
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 370,90	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 92,72
		<i>Montant du remboursement</i> € 278,18
Conditions de remboursement :	E-§08	

E.3 Bariatrie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.751,78	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 45,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 788,30
		<i>Montant du remboursement</i> € 963,48

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
155816 - 155820	Remplacement du port et/ou cathéter de la prestation 155794-155805	
Catégorie de remboursement :	I.D.c	
<i>Base de remboursement</i>	€ 250,25	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 45,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 112,61
		<i>Montant du remboursement</i> € 137,64

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 619,89	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 88,00%

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 545,50
Montant du remboursement € 74,39

Conditions de remboursement : E-§08

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

155853 - 155864 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241776-241780 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.c

Base de remboursement € 1.808,03 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 45,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 813,61

Montant du remboursement € 994,42

Conditions de remboursement : E-§08

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

155875 - 155886 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241813-241824 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.c

Base de remboursement € 361,61 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 45,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 162,72

Montant du remboursement € 198,89

Conditions de remboursement : E-§08

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

155890 - 155901 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241835-241846 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.e

Base de remboursement € 619,89 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 88,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 545,50

Montant du remboursement € 74,39

Conditions de remboursement : E-§08

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

155912 - 155923 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241835-241846 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.c

Base de remboursement € 2.169,63 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 45,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 976,33

Montant du remboursement € 1.193,30

Conditions de remboursement : E-§08

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.4 Intervention sur l'intestin grêle, le colon, le rectum, l'anus ou l'appendice

E.4.1 Résection

E.4.1.1 Résection de l'intestin grêle

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.225,33	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 306,33
		<i>Montant du remboursement</i> € 919,00
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 303,75	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 75,93
		<i>Montant du remboursement</i> € 227,82
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 353,34	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 88,33
		<i>Montant du remboursement</i> € 265,01
Conditions de remboursement :	E-§08	

E.4.1.2 Résection du colon, du rectum ou de l'anus

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.677,85	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 419,46
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.258,39
Conditions de remboursement :	E-§08	

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 471,12	<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> € 117,78
			<i>Montant du remboursement</i> € 353,34
Conditions de remboursement :	E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.612,76	<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> € 403,19
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.209,57
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 431,86	<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> € 107,96
		<i>Montant du remboursement</i> € 323,90
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.139,57	<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> € 284,89
		<i>Montant du remboursement</i> € 854,68
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 196,30	<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> € 49,07
		<i>Montant du remboursement</i> € 147,23

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.031,09	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 257,77
		<i>Montant du remboursement</i> € 773,32

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.913,41	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 478,35
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.435,06

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 924,68	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 231,17
		<i>Montant du remboursement</i> € 693,51

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 héli-colectomie gauche, d'une résection du sigmoïde ou d'une résection partielle du rectum, par voie endoscopique	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.798,73	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 449,68
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.349,05

Conditions de remboursement : E-§08

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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 héli-colectomie gauche, d'une résection du sigmoïde ou d'une résection partielle du rectum, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.372,03	<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>	€ 343,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.029,03

Conditions de remboursement : E-§08

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

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'héli-colectomie droite ou d'une résection segmentaire du colon, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.341,04	<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>	€ 335,26
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.005,78

Conditions de remboursement : E-§08

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

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'héli-colectomie droite ou d'une résection segmentaire du colon, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 429,79	<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>	€ 107,44
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 322,35

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.958,87	<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>	€ 489,71
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.469,16

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.399,93	<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>	€ 349,98
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.049,95

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 409,13	<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>	€ 102,28
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 306,85

Conditions de remboursement : E-§08

E.4.1.3 Appendectomie

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 309,95	<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>	€ 170,47
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 139,48

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.239,79	<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>	€ 309,94
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 929,85

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 232,46	<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>	€ 58,11
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 174,35

Conditions de remboursement : E-§08

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

E.4.2 Sonde/Stent

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
156376 - 156380	Sonde jéjunale			
Catégorie de remboursement :	II.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 22,73	<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>	€ 22,73

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
156391 - 156402	Tuteur duodénal auto-expansible, par tuteur			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.401,42	<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>	€ 1.401,42

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
156413 - 156424	Tuteur du côlon, auto-expansible, par tuteur			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.401,42	<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>	€ 1.401,42

E.4.3 Autres

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 266,55	<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>	€ 66,63
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 199,92
Conditions de remboursement :	E-§02,E-§08			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 879,22	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	25,00%

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 219,80
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 659,42

Conditions de remboursement : E-§08

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

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 879,22	<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>	€ 219,80
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 659,42

Conditions de remboursement : E-§08

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

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 696,35	<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>	€ 174,08
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 522,27

Conditions de remboursement : E-§08

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

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 422,56	<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>	€ 105,64
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 316,92

Conditions de remboursement : E-§08

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

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.160,24	<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>	€ 290,06
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 870,18

Conditions de remboursement : E-§08

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.160,24	<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> € 290,06
			<i>Montant du remboursement</i> € 870,18
Conditions de remboursement :	E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.139,57	<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> € 284,89
		<i>Montant du remboursement</i> € 854,68
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 187,00	<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> € 46,75
		<i>Montant du remboursement</i> € 140,25
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 172,54	<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> € 43,13
		<i>Montant du remboursement</i> € 129,41
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 824,46	<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> € 206,11
		<i>Montant du remboursement</i> € 618,35

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 824,46	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 206,11
		<i>Montant du remboursement</i> € 618,35
Conditions de remboursement : E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 592,00	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 148,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 444,00
Conditions de remboursement : E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 171,50	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 42,87
		<i>Montant du remboursement</i> € 128,63
Conditions de remboursement : E-§08		

E.5 Intervention sur le foie, le pancréas ou la vésicule biliaire

E.5.1 Résection

E.5.1.1 Résection du foie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.036,26	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.036,26
Conditions de remboursement : E-§08		

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 717,01	<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>	€ 717,01
Conditions de remboursement :	E-§08			

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 791,40	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 197,85
		<i>Montant du remboursement</i> € 593,55
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 387,43	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 96,85
		<i>Montant du remboursement</i> € 290,58
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 791,40	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 197,85
		<i>Montant du remboursement</i> € 593,55
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 387,43	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 96,85
		<i>Montant du remboursement</i> € 290,58

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
156833 - 156844	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242314 - 242325 de la nomenclature, par voie endoscopique	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
Base de remboursement	€ 791,40	Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 197,85
		Montant du remboursement € 593,55
Conditions de remboursement : E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
156855 - 156866	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242314 - 242325 de la nomenclature, en chirurgie ouverte	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
Base de remboursement	€ 387,43	Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 96,85
		Montant du remboursement € 290,58
Conditions de remboursement : E-§08		

E.5.1.2 Résection de la vésicule biliaire

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
156870 - 156881	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242454-242465 et 242476-242480 de la nomenclature, par voie endoscopique	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
Base de remboursement	€ 308,91	Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 77,22
		Montant du remboursement € 231,69
Conditions de remboursement : E-§03,E-§08		

E.5.1.3 Résection du pancréas

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
156892 - 156903	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 - 242060 de la nomenclature, en chirurgie ouverte	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
Base de remboursement	€ 98,15	Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 24,53
		Montant du remboursement € 73,62
Conditions de remboursement : E-§08		

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

156914 - 156925	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 - 242060 de la nomenclature, par voie endoscopique		
Catégorie de remboursement :	II.D.b		
<i>Base de remboursement</i>	€ 98,15	<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> € 24,53
			<i>Montant du remboursement</i> € 73,62
Conditions de remboursement :	E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
156936 - 156940	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 - 242023 de la nomenclature, en chirurgie ouverte	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 891,62	<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> € 222,90
		<i>Montant du remboursement</i> € 668,72
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
156951 - 156962	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 - 242023 de la nomenclature, par voie endoscopique	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 891,62	<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> € 222,90
		<i>Montant du remboursement</i> € 668,72
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
156973 - 156984	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242034 - 242045 de la nomenclature, par voie endoscopique	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 559,97	<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> € 139,99
		<i>Montant du remboursement</i> € 419,98
Conditions de remboursement :	E-§08	

E.5.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
156995 - 157006	Tuteur biliaire en matière synthétique, par tuteur	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 75,08	<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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Montant du remboursement € 75,08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
157010 - 157021	Tuteur biliaire, auto-expansible, par tuteur	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.001,02	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.001,02

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
157032 - 157043	Tuteur pancréatique en matière synthétique, par tuteur	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 75,08	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 75,08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
157054 - 157065	Tuteur pancréatique, auto-expansible, par tuteur	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.001,02	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.001,02

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 368,84	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 92,21
		<i>Montant du remboursement</i> € 276,63
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 605,43	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 151,35
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 454,08

Conditions de remboursement : E-§08

E.5.3 Autres

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

157113 - 157124 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473830 - 473841 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 444,26 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 111,06

Montant du remboursement € 333,20

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

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

157135 - 157146 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242491 - 242502 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 165,31 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 41,32

Montant du remboursement € 123,99

Conditions de remboursement : E-§08

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

157150 - 157161 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242491 - 242502 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 165,31 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 41,32

Montant du remboursement € 123,99

Conditions de remboursement : E-§08

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

157172 - 157183 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242373 - 242384 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 172,54 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 43,13

Montant du remboursement € 129,41

Conditions de remboursement : E-§08

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

157194 - 157205 Matériel pour biopsie hépatique percutanée utilisé lors de la prestation 355751 - 355762 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 20,66 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 20,66

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

157216 - 157220 Ensemble du matériel pour le prélèvement d'une biopsie hépatique via une cathétérisation transjugulaire, utilisé lors de la prestation 473410 - 473421 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 258,29 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 258,29

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

157231 - 157242 Utilisation des cathéters à radiofréquence lors de l'ablation endoscopique de tumeurs du foie

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 875,08 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 218,77

Montant du remboursement € 656,31

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

157253 - 157264 Set de cysto-entérostomie ou de cystogastrostomie utilisé lors de la prestation 473911 - 473922 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 294,45 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 73,61

Montant du remboursement € 220,84

E.6 Autres chirurgies abdominales, digestives ou oncologiques (debulking, ...)

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

157275 - 157286 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244893-244904 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 413,26 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Montant du remboursement € 413,26

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 413,26	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 413,26

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 413,26	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 413,26
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 413,26	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 413,26
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.818,36	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 1.818,36
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
157371 - 157382	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 244952-244963 de la nomenclature, en chirurgie ouverte	

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 413,26	<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>	€ 413,26

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 209,73	<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>	€ 52,43
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 157,30

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 209,73	<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>	€ 52,43
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 157,30

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 835,82	<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>	€ 208,95
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 626,87

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 387,43	<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>	€ 96,85
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 290,58

Conditions de remboursement : E-§08

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 929,84	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 232,46
		<i>Montant du remboursement</i> € 697,38
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.653,05	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.653,05

E.7 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
157511 - 157522	Sphincter anal artificiel pour le traitement de l'incontinence fécale, y compris les accessoires	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 31701
<i>Base de remboursement</i>	€ 5.476,55	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 5.476,55	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 5.476,55
Conditions de remboursement :	E-§04	

E.8 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 31801
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.456,79	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	E-§04	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
157555 - 157566	Stimulateur de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique	

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	31801
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 4.459,76	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : E-§04

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

157570 - 157581	Electrode implantée pour la prestation 157533-157544 ou 157555-157566		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	31802
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 1.146,03	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : E-§04

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

157592 - 157603	Remplacement de l'électrode implantée pour la prestation 157533-157544 ou 157555-157566		
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	31802
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 1.146,03	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : E-§04

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

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 nominative :	31803
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 612,30	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : E-§04

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

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 nominative :	31901
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 6.805,51	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : E-§04

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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

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 nominative :** 31901

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

Prix plafond € 6.805,51 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : E-§04

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

157673 - 157684 Electrode implantée pour la prestation 157636-157640 ou 157651-157662

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 31903

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

Prix plafond € 1.385,96 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : E-§04

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

157695 - 157706 Remplacement de l'électrode implantée pour la prestation 157636-157640 ou 157651-157662

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 31903

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

Prix plafond € 1.385,96 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : E-§04

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

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 nominative :** 31903

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

Prix plafond € 1.385,96 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : E-§04

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

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 nominative :** 31902

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

Prix plafond € 267,41 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : E-§04

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 31902
<i>Base de remboursement</i>	Liste Nom.	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 267,41	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> Liste Nom.

Conditions de remboursement : E-§04

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 31904
<i>Base de remboursement</i>	Liste Nom.	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 612,30	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> Liste Nom.

Conditions de remboursement : E-§04

E.9 Traitement d'hernies

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 723,21	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 180,80
		<i>Montant du remboursement</i> € 542,41

Conditions de remboursement : E-§08

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 723,21	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 180,80
		<i>Montant du remboursement</i> € 542,41

Conditions de remboursement : E-§08

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 723,21	<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>	€ 180,80
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 542,41
Conditions de remboursement :	E-§08			

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.002,16	<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> € 250,54
		<i>Montant du remboursement</i> € 751,62
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 357,47	<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> € 89,36
		<i>Montant du remboursement</i> € 268,11
Conditions de remboursement :	E-§05,E-§08	

E.10 Filets

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 cm ² , par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 0,50	<i>Marge de sécurité (%)</i> 50,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 0,75	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 0,25 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 0,50
Conditions de remboursement :	E-§06	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 cm ² , par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 0,40	<i>Marge de sécurité (%)</i> 10,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 0,44	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 0,04 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Montant du remboursement € 0,40

Conditions de remboursement : E-§06

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

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 nominative :** 32001

Base de remboursement € 3,00 *Marge de sécurité (%)* 30,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 3,90 *Marge de sécurité (€)* € 0,90 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 3,00

Conditions de remboursement : E-§06

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

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 nominative :** 32002

Base de remboursement € 2,00 *Marge de sécurité (%)* 30,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 2,60 *Marge de sécurité (€)* € 0,60 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 2,00

Conditions de remboursement : E-§06

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

157990 - 158001 Filet préformé pour réparation d'une hernie inguinale

Catégorie de remboursement : I.E.b **Liste nominative :** 32101

Base de remboursement € 195,20 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

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

Montant du remboursement € 146,40

Conditions de remboursement : E-§06

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

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 nominative :** 32102

Base de remboursement € 195,20 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

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

Montant du remboursement € 146,40

Conditions de remboursement : E-§06

E.11 Intervention sur la rate ou les glandes surrénales

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

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>	€ 417,40	<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> € 104,35
			<i>Montant du remboursement</i> € 313,05
Conditions de remboursement :	E-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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>	€ 417,40	<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> € 104,35
		<i>Montant du remboursement</i> € 313,05
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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>	€ 447,36	<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> € 111,84
		<i>Montant du remboursement</i> € 335,52
Conditions de remboursement :	E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 660,19	<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> € 165,04
		<i>Montant du remboursement</i> € 495,15
Conditions de remboursement :	E-§08	

E.12 Divers

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158130 - 158141	Vidéocapsule endoscopique utilisée lors de la prestation 473933-473944 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 619,89	<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> € 154,97

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Montant du remboursement € 464,92

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158152 - 158163	Shunt péritonéoveineux pour traitement d'ascite	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.357,38	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.357,38

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158174 - 158185	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.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 123,98	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 68,18
		<i>Montant du remboursement</i> € 55,80
Conditions de remboursement :	E-§07,E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158196 - 158200	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d' un examen gastro-entérologique couplé avec une écho-endoscopie et une ponction	
Catégorie de remboursement :	II.D.b	
<i>Base de remboursement</i>	€ 117,78	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 29,44
		<i>Montant du remboursement</i> € 88,34
Conditions de remboursement :	E-§07,E-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158211 - 158222	Anse pour l'ablation endoscopique de polypes ou de lésions nodulaires dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors d'une des prestations 473955 - 473966, 473211 - 473222, 473756 - 473760, 473793 - 473804 ou 472570 – 472581 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 20,66	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 11,36
		<i>Montant du remboursement</i> € 9,30

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

158233 - 158244 Pince pour le prélèvement endoscopique d'une biopsie dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors de la prestation 472356 - 472360, 472415 - 472426, 472452 - 472463, 472555 - 472566, 472570 - 472581, 473056 - 473060, 473093 - 473104, 473174 - 473185, 473211 - 473222, 473432 - 473443, 473756 - 473760 ou 473793 - 473804 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

<i>Base de remboursement</i>	€ 15,50	<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>	€ 8,52
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 6,98

Conditions de remboursement : E-§08

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

158255 - 158266 Aiguille pour l'injection d'un agent sclérosant, utilisée lors d'une des prestations 472555 - 472566, 472570 - 472581, 473211 - 473222, 473270 - 473281, 473675 - 473686, 473756 - 473760 ou 473771 - 473782 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 15,50	<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>	€ 3,87
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 11,63

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 196,30	<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>	€ 49,07
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 147,23

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 15,50	<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>	€ 8,52
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 6,98

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

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

Liste

E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

<i>Base de remboursement</i>	€ 172,54	<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>	€ 43,13
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 129,41

Conditions de remboursement : E-§08

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

158336 - 158340 Cathéter à demeure en vue d'une dialyse péritonéale chronique

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 238,24	<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>	€ 238,24

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

158351 - 158362 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.b

<i>Base de remboursement</i>	€ 258,29	<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>	€ 64,57
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 193,72

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 309,95	<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>	€ 170,47
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 139,48

Conditions de remboursement : E-§08

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 309,95	<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>	€ 170,47
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 139,48

Conditions de remboursement : E-§08

Conditions de remboursement

E-§01

Prestation(s) liée(s) :

155713 - 155724

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 155713-155724 ne peut être attestée que maximum trois fois par an.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

E-§02

Prestation(s) liée(s) :

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 fibroscopie avec papillotomie ou lors d'une cholangiographie rétrograde avec extraction de calculs cholécystiques, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 156435-156446 et 157113-157124 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

E-§03

Prestation(s) liée(s) :

156870 - 156881

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors d'une cholécystectomie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Pour la prestation 156870-156881, l'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée que lorsque le nombre de journées d'hospitalisation postopératoire à compter de la date de l'intervention est de quatre maximum. Aucun montant supplémentaire ne peut être porté en compte au bénéficiaire pour ce matériel quelle que soit la durée du séjour .

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

E-§04

Prestation(s) liée(s) :

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, via l'organisme assureur 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

E-§05

Prestation(s) liée(s) :

157872 - 157883

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors d'une hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Pour la prestation 157872-157883, l'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée que lorsque le nombre de journées d'hospitalisation postopératoire à compter de la date de l'intervention est de cinq maximum.

Aucun montant supplémentaire ne peut être porté en compte au bénéficiaire pour ce matériel, quelle que soit la durée du séjour

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

E-§06

Prestation(s) liée(s) :

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.

E-§07

Prestation(s) liée(s) :

158174 - 158185

158196 - 158200

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 lors d'un examen gastro-entérologique couplé avec une écho-endoscopie et une ponction, 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 158174-158185 et 158196-158200 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

E-508

Prestation(s) liée(s) :

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
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
158174 - 158185
158196 - 158200
158233 - 158244
158314 - 158325
158351 - 158362
158373 - 158384
158395 - 158406

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

Liste

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 du type single chamber

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158410 - 158421	Premier stimulateur cardiaque implantable du type single chamber, y compris l'adaptateur	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 32201
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.130,52	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158432 - 158443	Stimulateur cardiaque de remplacement du type single chamber, y compris l'adaptateur	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 32201
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.130,52	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158454 - 158465	Stimulateur cardiaque de remplacement du type single chamber, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 32201
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.130,52	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170553 - 170564	Stimulateur cardiaque de remplacement du type single chamber, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé en cas d'une end-of-life	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 32201
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.130,52	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§01	

F.1.1.1.2 Stimulateur cardiaque du type dual chamber

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

158476 - 158480 Premier stimulateur cardiaque implantable du type dual chamber, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 32202

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

Prix plafond € 3.977,60 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§01

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

158491 - 158502 Stimulateur cardiaque de remplacement du type dual chamber, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 32202

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

Prix plafond € 3.977,60 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§01

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

158513 - 158524 Stimulateur cardiaque de remplacement du type dual chamber, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 32202

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

Prix plafond € 3.977,60 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§01

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

170575 - 170586 Stimulateur cardiaque de remplacement du type dual chamber, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé en cas d'une end-of-life

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 32202

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

Prix plafond € 3.977,60 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§01

F.1.1.1.3 Stimulateur cardiaque du type triple chamber sans électrode de resynchronisation

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

158535 - 158546 Premier stimulateur cardiaque implantable du type triple chamber sans électrode de resynchronisation, y compris l'adaptateur

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 32203

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

Prix plafond € 3.977,60 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€) /*

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Conditions de remboursement : F-§01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158550 - 158561	Stimulateur cardiaque de remplacement du type triple chamber sans électrode de resynchronisation, y compris l'adaptateur	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 32203
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.977,60	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : F-§01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158572 - 158583	Stimulateur cardiaque de remplacement du type triple chamber sans électrode de resynchronisation, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 32203
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.977,60	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : F-§01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170590 - 170601	Stimulateur cardiaque de remplacement du type triple chamber sans électrode de resynchronisation, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé en cas d'une end-of-life	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 32203
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.977,60	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : F-§01

F.1.1.1.4 Stimulateur de resynchronisation cardiaque

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158594 - 158605	Premier stimulateur de resynchronisation cardiaque, y compris l'adaptateur	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 32301
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 4.404,04	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) / Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>

Conditions de remboursement : F-§01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158616 - 158620	Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur	

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	32301
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>
<i>Prix plafond</i>	€ 4.404,04	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§01		

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative :	32301	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>	
<i>Prix plafond</i>	€ 4.404,04	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>	
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	
Conditions de remboursement :	F-§01			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative :	32301	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>	
<i>Prix plafond</i>	€ 4.404,04	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) /</i>	
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	
Conditions de remboursement :	F-§01			

F.1.1.2 Electrode

F.1.1.2.1 Electrode non-temporaire

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
158653 - 158664	Electrode endocardiale unipolaire implantable pour la prestation 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 158550-158561, 158572-158583, 170590-170601, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 553,56	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>	
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€) € 0,00</i>	
		<i>Montant du remboursement</i>	<i>€ 553,56</i>	
Conditions de remboursement :	F-§01			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
158675 - 158686	Electrode endocardiale bipolaire implantable pour la prestation 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 158550-158561, 158572-158583, 170590-170601, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode			

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 553,56	<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>	€ 553,56

Conditions de remboursement : F-§01

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

158690 - 158701 Electrode myocardiale implantable pour la prestation 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 158550-158561, 158572-158583, 170590-170601, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 553,56	<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>	€ 553,56

Conditions de remboursement : F-§01

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

158712 - 158723 Electrode endocardiale single-pass implantable pour la prestation 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 158550-158561, 158572-158583, 170590-170601, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 753,76	<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>	€ 753,76

Conditions de remboursement : F-§01

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

158734 - 158745 Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée endoveineuse

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 753,76	<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>	€ 753,76

Conditions de remboursement : F-§01

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 250,25	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------------------	-------

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 0,00
Montant du remboursement € 250,25

Conditions de remboursement : F-§01

F.1.1.2.2 Electrode temporaire

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

158771 - 158782 Cathéter(s)-électrode(s), intracavitaire(s) ou intra-oesophagien(s), pour entraînement électro-systolique temporaire du coeur

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 63,02 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 63,02

Conditions de remboursement : F-§02

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

158793 - 158804 Cathéter(s)-électrode(s), épicaudique(s) pour entraînement électro-systolique temporaire et post-opératoire du coeur

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 22,73 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 22,73

Conditions de remboursement : F-§02

F.1.2 Extraction d'une électrode ou d'un corps étrangé libre intracardiaque

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

158815 - 158826 Lasersheath et aiguilles appropriées utilisées lors de la prestation 229655-229666 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 2.066,32 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 2.066,32

Conditions de remboursement : F-§03

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

158830 - 158841 Ensemble du matériel nécessaire à l'extraction mécanique chirurgicale d'électrode endoveineuse

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 1.163,34 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 1.163,34

Conditions de remboursement : F-§03

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158852 - 158863	Matériel d'extraction utilisé à l'occasion de la prestation 589433 - 589444 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 309,95	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 309,95

F.1.3 Examen électrophysiologique et ablation percutanée

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158874 - 158885	Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589492-589503 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.238,60	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.238,60
Conditions de remboursement :	F-§04	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158896 - 158900	Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589514-589525 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.881,45	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.881,45
Conditions de remboursement :	F-§04	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158911 - 158922	Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589536-589540 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 2.238,70	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 2.238,70
Conditions de remboursement :	F-§04	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
158933 - 158944	Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589551-589562 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 2.756,47	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 2.756,47

Conditions de remboursement : F-§04

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

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 € 743,16 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 743,16

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 : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014 **NOUVEAU**

158970 - 158981 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée sans tuteur à l'occasion de la prestation 589013 - 589024 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 871,99 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 871,99

Conditions de remboursement : F-§05

F.1.4.2 Intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs tuteur(s)

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

158992 - 159003 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs stent(s) à l'occasion de la prestation 589013 - 589024 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste nominative :** 32401, 32402, 32403

Base de remboursement € 1.609,63 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 1.609,63

Conditions de remboursement : F-§05

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

159014 - 159025 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs drug eluting stent(s), en combinaison éventuelle avec un ou plusieurs bare metal stent(s), à l'occasion de la prestation 589013-589024 de la nomenclature pour les indications prévues à la condition de remboursement F-§05

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste nominative :** 32401, 32402, 32403

Base de remboursement € 2.049,08 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 2.049,08

Conditions de remboursement : F-§05

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

159036 - 159040 Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement de deux ou plusieurs stents à l'occasion du traitement d'un multivesseldisease soit lors des prestations 589013-589024 et 589035-589046 de la nomenclature, soit lors de deux prestations 589013-589024 de la nomenclature sur des journées différentes au cours de la même période d'hospitalisation

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste nominative :** 32401, 32402, 32403

Base de remboursement € 3.227,27 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 3.227,27

Conditions de remboursement : F-§05

F.1.5 Revascularisation myocardique

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

159051 - 159062 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229574 - 229585 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de l'artère mammaire

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 724,24 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 181,06

Montant du remboursement € 543,18

Conditions de remboursement : F-§06,F-§18

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

159073 - 159084 Ensemble du matériel de consommation et des implants utilisés lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte lors de la prestation 229633-229644 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 309,95 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 309,95

Conditions de remboursement : F-§07

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

159095 - 159106 Système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG, utilisé lors de la prestation 229633-229644 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 206,63 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Montant du remboursement € 206,63

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 : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014 **NOUVEAU**

159110 - 159121 Valve mécanique: monoleaflet

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 32501

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

Prix plafond € 2.368,46 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* /

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§09

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

159132 - 159143 Valve mécanique: bileaflet

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 32502

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

Prix plafond € 2.713,76 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* /

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§09

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

159154 - 159165 Valve mécanique avec greffon

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 32503

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

Prix plafond € 3.082,32 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* /

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§09

F.1.6.1.2 Valve biologique

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

159176 - 159180 Valve porcine

Catégorie de remboursement : I.A.a **Liste nominative :** 32504

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

Prix plafond € 2.616,84 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* /

Montant du remboursement *Liste Nom.*

Conditions de remboursement : F-§09

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

159191 - 159202	Valve biologique: péricarde - placée chirurgicalement avec suture			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	32505	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 2.781,60	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§09			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
159213 - 159224	Valve biologique: sans stent			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	32506	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 2.856,73	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§09			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
170634 - 170645	Valve biologique: péricarde- placée chirurgicalement sans suture			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	32510	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.082,32	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§09			

F.1.6.1.3 Biological valved conduits

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
159235 - 159246	Biological valved conduits: greffon synthétique			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	32507	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.082,32	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§09			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
159250 - 159261	Biological valved conduits: greffon biologique			
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative :	32508	
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) /</i>	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 3.062,16	<i>Marge de sécurité (€) /</i>	<i>Intervention personnelle (€)</i>	/
			<i>Montant du remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§09			

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

F.1.6.1.4 Système d'annuloplastie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
159272 - 159283	Système d'annuloplastie	
Catégorie de remboursement :	I.A.a	Liste nominative : 32509
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.101,91	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> /
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
Conditions de remboursement :	F-§09	

F.1.6.2 Dilatation en cas d'une plastie valvulaire endoluminale

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	<i>CMD</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> <i>CMD</i>
Conditions de remboursement :	F-§10	

F.1.7 Assistance cardiaque

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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>	€ 1.343,11	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.343,11

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
159331 - 159342	Pièces disposables de pompes utilisées pour soutenir la fonction cardiaque déficiente	
Catégorie de remboursement :	II.F.a	
<i>Base de remboursement</i>	<i>CMD</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> <i>CMD</i>
Conditions de remboursement :	F-§11	

F.1.8 Substitution du péricarde

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 450,46	<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>	€ 450,46

Conditions de remboursement : F-§12

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

159375 - 159386 Patch pour une utilisation comme substitut péricardique après le placement de 684714-684725

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 600,61	<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>	€ 600,61

Conditions de remboursement : F-§12

F.1.9 Fermeture du canal artériel, du foramen oval, du defect du septum auriculaire ou du septum ventriculaire et des autres malformations congénitales ou non-congénitales

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 610,62	<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>	€ 610,62

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 2.197,23	<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>	€ 2.197,23

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

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 4.834,90	<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>	€ 4.834,90

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

159456 - 159460 Ensemble du matériel implantable, y compris le sizing balloon, utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du foramen oval après embolie paradoxale

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement € 4.834,90 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 4.834,90

Conditions de remboursement : F-§14

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

159471 - 159482 Utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion, d'implants et d'accessoires, à l'occasion de la prestation 589455-589466 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

I.F.a

Base de remboursement CMD *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement CMD

Conditions de remboursement : F-§13

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

159493 - 159504 Patch intracavitaire pour le traitement de malformations lors d'une chirurgie cardiaque

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement € 230,23 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 230,23

F.1.10 Moyens diagnostiques en cardiologie

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

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 nominative : 32601

Base de remboursement € 106,42 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 106,42

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014			NOUVEAU
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 nominative :	32602	
<i>Base de remboursement</i>	€ 154,97	<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>	€ 154,97
<hr/>				
Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014			NOUVEAU
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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 350,24	<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>	€ 350,24
Conditions de remboursement :	F-§05			
<hr/>				
Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014			NOUVEAU
159574 - 159585	Cathéter à biopsie à l'occasion de la prestation 476652 - 476663 de la nomenclature			
Catégorie de remboursement :	II.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 619,89	<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>	€ 619,89
Conditions de remboursement :	F-§15			
<hr/>				
Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014			NOUVEAU
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.B.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 805,86	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.007,32	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 201,46	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 805,86

F.1.11 Autres disponibles lors d'une intervention sur le coeur

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

159611 - 159622 Set disponible de cardiectomie 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

<i>Base de remboursement</i>	€ 948,44	<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>	€ 948,44

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

159633 - 159644 Set disponible de cardiectomie avec oxygénateur à membrane pour circulation extracorporelle, quel que soit le nombre de composants, jusqu'au septième anniversaire, par intervention

Catégorie de remboursement : II.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.250,12	<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>	€ 1.250,12

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 929,84	<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>	€ 929,84

Conditions de remboursement : F-§06

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

159670 - 159681 Canule artérielle avec ballon endovasculaire d'occlusion, quel que soit le nombre de composants

Catégorie de remboursement : II.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.653,05	<i>Marge de sécurité (%)</i>	40,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 2.314,27	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 661,22	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.653,05

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

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.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 826,53	<i>Marge de sécurité (%)</i>	40,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	----------	------------------------------	--------	-------------------------------------	-------

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Prix maximum	€ 1.157,14	Marge de sécurité (€)	€ 330,61	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 826,53

F.2 Poumon - médiastine - plèvre

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014				NOUVEAU
159714 - 159725	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227194 - 227205 de la nomenclature avec section des bronches, en chirurgie ouverte				
Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	€ 279,99	Marge de sécurité (%) /		Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /		Intervention personnelle (€)	€ 69,99
				Montant du remboursement	€ 210,00
Conditions de remboursement :	F-§18				

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014				NOUVEAU
159736 - 159740	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227570-227581 de la nomenclature par voie endoscopique, lors d'une réduction unilatérale du volume pulmonaire				
Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	€ 2.051,85	Marge de sécurité (%) /		Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /		Intervention personnelle (€)	€ 512,96
				Montant du remboursement	€ 1.538,89
Conditions de remboursement :	F-§18				

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014				NOUVEAU
159751 - 159762	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227570-227581 de la nomenclature, en chirurgie ouverte, lors d'une réduction unilatérale du volume pulmonaire				
Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	€ 2.051,85	Marge de sécurité (%) /		Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /		Intervention personnelle (€)	€ 512,96
				Montant du remboursement	€ 1.538,89
Conditions de remboursement :	F-§18				

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014				NOUVEAU
159773 - 159784	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227334 - 227345 de la nomenclature, par voie endoscopique				
Catégorie de remboursement :	II.D.b				
Base de remboursement	€ 117,78	Marge de sécurité (%) /		Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /		Intervention personnelle (€)	€ 29,44
				Montant du remboursement	€ 88,34

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 218,00	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 54,50
		<i>Montant du remboursement</i> € 163,50
Conditions de remboursement : F-§18		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 617,83	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 154,45
		<i>Montant du remboursement</i> € 463,38
Conditions de remboursement : F-§18		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 387,43	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 96,85
		<i>Montant du remboursement</i> € 290,58
Conditions de remboursement : F-§18		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 869,92	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 217,48
		<i>Montant du remboursement</i> € 652,44
Conditions de remboursement : F-§18		

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Base de remboursement	€ 1.800,79	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	€ 450,19
			Montant du remboursement	€ 1.350,60

Conditions de remboursement : F-§18

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

159891 - 159902 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227216 – 227220, 227253 – 227264, 227275 - 227286 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement	€ 1.254,25	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	25,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	€ 313,56
			Montant du remboursement	€ 940,69

Conditions de remboursement : F-§18

F.3 Poumon et coeur

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

159913 - 159924 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable pour le placement d'un système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO) avec une membrane de diffusion, pour ventilation de longue durée et assistance circulatoire quel que soit la voie d'accès, jusqu'au deuxième anniversaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.446,42	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
			Montant du remboursement	€ 1.446,42

Conditions de remboursement : F-§16

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

159935 - 159946 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable pour le placement d'un système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO) avec une membrane de diffusion, pour ventilation de longue durée et assistance circulatoire quel que soit la voie d'accès, à partir du deuxième anniversaire

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement	€ 1.033,16	Marge de sécurité (%) /	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) /	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
			Montant du remboursement	€ 1.033,16

Conditions de remboursement : F-§16

F.4 Sein et ganglions lymphatiques

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

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 105,38	<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>	€ 26,34
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 79,04

Conditions de remboursement : F-§18

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 105,38	<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>	€ 26,34
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 79,04

Conditions de remboursement : F-§18

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 105,38	<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>	€ 26,34
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 79,04

Conditions de remboursement : F-§18

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 105,38	<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>	€ 26,34
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 79,04

Conditions de remboursement : F-§18

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 105,38	<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>	€ 26,34
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 79,04

Conditions de remboursement : F-§18

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

160053 - 160064 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227695-227706 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 105,38 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 26,34

Montant du remboursement € 79,04

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

160075 - 160086 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227710-227721 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 163,24 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 40,81

Montant du remboursement € 122,43

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

160090 - 160101 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227732-227743 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 95,05 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 23,76

Montant du remboursement € 71,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

160112 - 160123 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227754-227765 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 95,05 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 23,76

Montant du remboursement € 71,29

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

160134 - 160145 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227776-227780 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 105,38 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 26,34

Montant du remboursement € 79,04

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 105,38	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 26,34
		<i>Montant du remboursement</i> € 79,04
Conditions de remboursement : F-§18		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 163,24	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 40,81
		<i>Montant du remboursement</i> € 122,43
Conditions de remboursement : F-§18		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 105,38	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 26,34
		<i>Montant du remboursement</i> € 79,04
Conditions de remboursement : F-§18		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 95,05	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 23,76
		<i>Montant du remboursement</i> € 71,29
Conditions de remboursement : F-§18		

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

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 95,05	<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>	€ 23,76
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 71,29

Conditions de remboursement : F-§18

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

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 105,38	<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>	€ 26,34
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 79,04

Conditions de remboursement : F-§18

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

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 163,24	<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>	€ 163,24

Conditions de remboursement : F-§18

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

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 163,24	<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>	€ 163,24

Conditions de remboursement : F-§18

F.5 Thorax et paroi thoracique: divers

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

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 314,08	<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>	€ 78,52
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 235,56

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Conditions de remboursement : F-§18

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 314,08	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 78,52
		<i>Montant du remboursement</i> € 235,56
Conditions de remboursement :	F-§18	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 335,78	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 25,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 83,94
		<i>Montant du remboursement</i> € 251,84
Conditions de remboursement :	F-§18	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160370 - 160381	Système disponible de drainage thoracique (péricarde, plèvre, médiastin) au moins par triple chambre, par pièce	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 56,82	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 56,82
Conditions de remboursement :	F-§17	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160392 - 160403	Plaque(s) d'ostéosynthèse anatomique(s) pour sternum ou côte utilisée(s) après une chirurgie cardiothoracique	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 726,74	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 726,74

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160414 - 160425	Patch pour réparation d'un défaut de la paroi thoracique sans contact avec l'organe	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	

Liste

F. Chirurgie thoracique et cardiologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 150,15	<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>	€ 150,15

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

160436 - 160440 Patch pour réparation d'un défaut de la paroi thoracique et conçu pour le placement intrathoracique en contact avec l'organe et/ou pour réparation du diaphragme à l'exception d'une hernie hiatale

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement € 750,76 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 750,76

F.6 Divers

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

160451 - 160462 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257235 - 257246 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement € 543,44 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 135,86

Montant du remboursement € 407,58

Conditions de remboursement : F-§18

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

160473 - 160484 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257235 - 257246 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement € 122,95 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 30,73

Montant du remboursement € 92,22

Conditions de remboursement : F-§18

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

160495 - 160506 Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement € 75,08 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 75,08

Liste

Conditions de remboursement

F-501

Prestation(s) liée(s) :

158410 - 158421
158432 - 158443
158454 - 158465
158476 - 158480
158491 - 158502
158513 - 158524
158535 - 158546
158550 - 158561
158572 - 158583
158594 - 158605
158616 - 158620
158631 - 158642
158653 - 158664
158675 - 158686
158690 - 158701
158712 - 158723
158734 - 158745
158756 - 158760
170553 - 170564
170575 - 170586
170590 - 170601
170612 - 170623

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 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 158550-158561, 158572-158583, 170590-170601, 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 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 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 158550-158561, 158572-158583, 170590-170601, 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 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 158550-158561, 158572-158583, 170590-170601, 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 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 158550-158561, 158572-158583 et 170590-170601, 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 : quatre ans de garantie totale à 100 % suivies 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 et 158631-158642, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- quatre ans de garantie : trois ans de garantie totale à 100 % suivies d'un an de garantie au prorata de cette dernière année.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 158410-158421, 158476-158480, 158535-158546, 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, l'avis d'un électrophysiologue d'un établissement hospitalier disposant de cet agrément est obligatoire, hormis pour:

- 1° le bloc atrioventriculaire total ;
- 2° l'affection du noeud sinusal et/ou la fibrillation auriculaire avec arrêts de plus de 2,5 secondes accompagnés de syncopes et/ou la bradycardie à un rythme inférieur à 30 battements par minute.

Le formulaire d'enregistrement F-form-I-01 sert également de prescription médicale. Une copie de celui-ci doit être transmise, endéans les nonante jours après implantation, pour notification au médecin-conseil. L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement ait été complété via l'application en ligne.

Le formulaire d'enregistrement doit être confirmé dans l'application on-line par deux médecins spécialistes en cardiologie. Les deux médecins sont liés au service de cardiologie de l'établissement hospitalier concerné et l'un des deux doit être le cardiologue responsable pour le programme de soins (ou son remplaçant en cas d'absence).

Les modalités d'enregistrement et de validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises au médecin conseil pour notification et à la Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) et à la Commission, sont établies par la BeHRA, la Commission et le Service des Soins de Santé.

Une copie de l'électrocardiogramme qui justifie l'indication pour la première implantation d'un stimulateur cardiaque est conservée dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

Pour les prestations 158432-158443, 158491-158502, 158550-158561, 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 jusqu'au 1er décembre 2010 et six ans pour les stimulateurs implantés à partir du 1er décembre 2010, ainsi qu'en cas de remplacement d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque implanté après quatre ans, 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 jusqu'au 1er décembre 2010 et six ans pour les stimulateurs implantés à partir du 1er décembre 2010 et après quatre ans pour les stimulateurs de resynchronisation cardiaque 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 158454-158465, 170553-170564, 158513-158524, 170575-170586, 158572-158583, 170590-170601, 158631-158642, 170612-170623) peut être accordé par le Collège des médecins-directeurs sur la base du formulaire d'enregistrement dûment complété dans l'application en ligne, selon les modalités mentionnés au point 4.1, et d'un rapport médical circonstancié mentionnant l'indication absolue pour un remplacement prématuré. La demande de renouvellement prématuré de la prestation précitée est transmise par le médecin-conseil 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 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 158432-158443, 158491-158502, 158550-158561 et 158616-158620 ne peuvent être accordées que cinq ans après l'implantation d'un premier stimulateur cardiaque ou d'un stimulateur de cardiaque de remplacement implanté jusqu'au 1er décembre 2010 ou six ans après l'implantation d'un premier stimulateur cardiaque ou d'un stimulateur de cardiaque de remplacement implanté à partir du 1er décembre 2010 et quatre ans après l'implantation d'un premier stimulateur de resynchronisation cardiaque ou d'un stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement.

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 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 158550-158561, 158572-158583, 170590-170601, 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 attesté sous une des prestations 158535-158546, 158550-158561, 158572-158583 ou 170590-170601 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.

7. Divers

Pas d'application

F-§02

Prestation(s) liée(s) :

158771 - 158782

158793 - 158804

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux cathéter(s)-électrode(s) pour entraînement électro-systolique temporaire du cœur, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation**5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les prestations 158771-158782 et 158793-158804 ne peuvent être attestées qu'une fois par intervention. L'intervention de l'assurance obligatoire pour ces prestations vaut pour une même période continue d'entraînement électro-systolique du cœur.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-§03

Prestation(s) liée(s) :

158815 - 158826

158830 - 158841

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation**5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 158830-158841 ne peut pas être cumulée avec la prestation 158815-158826 .

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-504

Prestation(s) liée(s) :

158874 - 158885

158896 - 158900

158911 - 158922

158933 - 158944

158955 - 158966

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble des cathéters et accessoires utilisés pour des examens électrophysiologiques et ablation percutanée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944 et 158955-158966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

L'établissement hospitalier dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme de soins "pathologie cardiaque" E.

Pour la prestation 158933-158944, l'établissement hospitalier dispose également du programme partiel B3 du programme de soins "pathologie cardiaque" B.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première utilisation

Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944 et 158955-158966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après que le formulaire d'enregistrement F-form-I-02 ait été transmis par le médecin-spécialiste à la "Belgian Heart Rythm Association" (BeHRA) pour peer-review. Les modalités selon lesquelles ces données sont transmises à la BeHRA sont établies par la BeHRA, la Commission et le Service des Soins de Santé.

Les documents qui démontrent la nature de l'ablation, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922 et 158933-158944 ne sont pas cumulables entre elles.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

La BeHRA fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission.

La nature du rapport est établie par la Commission. Une analyse peer reviewed, sur base des données collectées peut, de plus, être demandée par la Commission.

7. Divers

Les prestations tiennent compte de la réutilisation des cathéters en conformité avec les guidelines de Good Clinical Practice, établies et communiquées par la BeHRA à la Commission.

F-§05

Prestation(s) liée(s) :

158970 - 158981

158992 - 159003

159014 - 159025

159036 - 159040

159552 - 159563

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 et 159552-159563 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 B2 et B3 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-2. Chaque établissement hospitalier communique également via ce formulaire le nom du médecin spécialiste en cardiologie qui a été désigné comme responsable pour la cardiologie interventionnelle (et son remplaçant en cas d'absence). Par établissement hospitalier, un seul médecin spécialiste en cardiologie peut être désigné comme responsable pour la cardiologie interventionnelle.

2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 159014-159025 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- diabétique

ou

- instent-resténose

ou

- lésion d'une longueur supérieure à 25 mm

ou

- vaisseau sanguin d'un diamètre inférieur à 2,75 mm.

La prestation 159036-159040 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si au minimum deux vaisseaux sanguins sont traités durant une seule et même hospitalisation; à savoir : l'artère coronaire droite (segments d'artère coronaire n° 1 à 4 inclus) et/ou le tronc principal (segment d'artère coronaire n° 5) et/ou l'artère coronaire gauche (segments d'artère coronaires n° 6 à 10 inclus) et/ou l'artère circonflexe (segments d'artère coronaire n° 11 à 15 inclus) et/ou greffe de la veine saphène ou greffes artérielles (mammaria).

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 158992-159003, 159014-159025 et 159036-159040 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

3.1. Définition

Pas d'application.

3.2. Critères

3.2.1. Un drug eluting stent non-résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative).

- soit disposer d'une étude randomisée publiée démontrant la non infériorité ou supériorité par rapport à un DES inscrit sur la liste nominative et ayant démontré son efficacité par plusieurs études multicentriques internationales. Les références de ces études multicentriques doivent être fournies dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative. De plus, cette étude doit montrer un total MACE inférieur ou égale à 15% à douze mois et une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois

- soit disposer d'une étude clinique publiée dans une revue «peer reviewed» avec minimum cent patients suivis à douze mois démontrant un total MACE inférieur ou égale à 15% à douze mois ainsi qu'une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois

- soit disposer d'une stricte équivalence avec un tuteur inscrit sur la liste nominative, démontrée par un organisme notifié ("notified body") européen.
- soit disposer d'une déclaration par un organisme notifié («notified body») européen que du point de vue clinique le risque – bénéfice démontré est positif

3.2.2. Un drug eluting stent résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

- pour une inscription temporaire (pour une période maximum de cinq ans) : satisfaire aux critères tels que décrits pour le drug eluting stent non-résorbable tels que visés au point 3.2.1..
- pour une inscription définitive : une étude clinique publiée dans une revue «peer reviewed» avec minimum cent patients et un follow-up de cinq ans démontrant une mortalité cardiaque <5% à soixante mois, un total MACE <= 15% à soixante mois ainsi qu'une thrombose du stent ≤ 3,2% à soixante mois, est nécessaire

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement ait été complété via l'application en ligne et qu'il a été transmis pour notification au médecin-conseil. Les modalités d'enregistrement et de validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises au médecin conseil pour notification, et au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », et à la Commission, sont établies par le « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », la Commission et le Service des soins de santé.

Le formulaire d'enregistrement F-Form-I-3 est confirmé dans l'application on-line par le cardiologue responsable pour la cardiologie interventionnelle (ou son remplaçant en cas d'absence) et transmis pour notification au médecin conseil de l'organisme assureur et au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology ».

Pour la prestation 159552-159563, le formulaire d'enregistrement F-Form-I-3 n'est pas exigé.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Par séjour, seule une des quatre prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040 et 158970-158981 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

5.2. Autres règles

Le Service des soins de santé suit rigoureusement les nombres d'interventions, en particulier le nombre de cas de réintervention et l'enregistrement des données follow-up.

Une réintervention planifiée est justifiée en cas d'intervention primaire en cas d'infarctus aigue, insuffisance rénale (créatinine > 2 mg %), utilisation de contraste > 400 ml.

En ce qui concerne le pourcentage de réintervention admissible, les critères suivants sont tenus en compte (le suivi se fait par établissement hospitalier) :

- un pourcentage de réintervention jusqu'à 5 % un mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 7 % deux mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 8 % trois mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 9 % quatre mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 10 % six mois après l'intervention originale est admissible.

La vérification des pourcentages prévus se fait sur une période d'un an et est réalisé au premier jour ouvrable du mois.

Ce suivi est répété trimestriellement. Pour chaque suivi, la date de début pour déterminer l'an/mois ainsi que la date à laquelle le calcul sera effectué, sont différées de trois mois.

Lorsque le Service constate qu'un établissement hospitalier dépasse le pourcentage de réintervention admissible prévu, l'établissement hospitalier en est informé. Il est demandé de fournir une explication au Service concernant le dépassement du pourcentage de réintervention admissible, et ceci à l'intention de la Commission et du Comité d'assurance.

Le Comité d'assurance peut décider sur base de cette explication et de l'avis de la Commission que, pour cet établissement hospitalier, le matériel utilisé lors d'une réintervention n'entre plus en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire des soins de santé. L'établissement hospitalier et le pharmacien hospitalier en sont informés.

A partir de ce moment, il n'y aura plus de remboursement pour le matériel utilisé lors d'une réintervention, jusqu'au moment où l'établissement hospitalier ne dépasse plus le pourcentage. L'établissement hospitalier en informe le Service. Le Service vérifie si le centre ne dépasse plus le pourcentage de réintervention admissible. Si l'établissement hospitalier ne dépasse plus le pourcentage de réintervention admissible, l'établissement hospitalier peut de nouveau entrer en ligne de compte pour un remboursement du matériel utilisé lors d'une réintervention.

Le Comité d'assurance en est informé.

En ce qui concerne la registration des données de follow-up, le pourcentage suivant est tenu en compte (le suivi se fait par établissement hospitalier) :

- un pourcentage jusqu'à 20 % des patients manquants quatorze mois après l'intervention originale est admissible

Si un établissement hospitalier dépasse le pourcentage prévu de 20 % des patients manquants, le Service peut demander au centre de fournir une explication concernant le dépassement du pourcentage de "données de follow-up manquantes", et ceci à l'intention de la Commission et du Comité d'assurance.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Le "Belgian Working Group on Interventional Cardiology" fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission. Une analyse peer reviewed, sur base des données collectées peut, de plus, être demandé par la Commission.

7. Divers

Pas d'application.

F-506

Prestation(s) liée(s) :

159051 - 159062

159655 - 159666

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relative au système de stabilisation du tissu myocardique il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 159655-159666 n'est pas cumulable avec les prestations 159611-159622, 159633-159644 et 159331-159342 .

Selon le matériel utilisé, les prestations 159655-159666, 161770-161781 et 159051-159062 peuvent être cumulées. La prestation 161770-161781 ne peut être attestée que si, en plus des greffes artérielles (a. mamaria), des greffes veineuses (v. saphène) sont également utilisées.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-§07

Prestation(s) liée(s) :

159073 - 159084

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'ensemble du matériel de consommation et des implants utilisés lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 159073-159084 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159611-159622, 159633-159644, 159331-159342 et 159095-159106.

5.2. Autres règles

La prestation 159073-159084 ne peut être attestée qu'une fois par intervention

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-§08

Prestation(s) liée(s) :

159095 - 159106

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 159095-159106 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159611-159622, 159633-159644, 159331-159342 et 159073-159084

5.2. Autres règles

La prestation 159095-159106 ne peut être attestée qu'une fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-§09

Prestation(s) liée(s) :

159110 - 159121

159132 - 159143

159154 - 159165

159176 - 159180

159191 - 159202

159213 - 159224

159235 - 159246

159250 - 159261

159272 - 159283

170634 - 170645

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 159110-159121, 159132-159143, 159154-159165, 159176-159180, 159191-159202, 170634-170645, 159213-159224, 159235-159246, 159250-159261 et 159272-159283 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation d'une valve cardiaque auprès du médecin-conseil sur base du formulaire F-Form-I-4.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

F-§10

Prestation(s) liée(s) :

159294 - 159305

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au(x) cathéter(s) de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale, il doit être satisfait à la condition suivante :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première utilisation

La prestation 159294-159305 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite par le médecin spécialiste implanteur, via l'organisme assureur, accompagnée d'un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste qui a effectué la prestation 589190-589201 de la nomenclature et d'un relevé détaillé du (des) cathéter(s) utilisé(s) (type et prix).

4.2 Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-§11

Prestation(s) liée(s) :

159331 - 159342

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 au ballon de contrepulsion intra-aortique 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, via l'organisme assureurs, accompagnée d'un rapport médical circonstancié précisant la nature, le type, le nombre et le prix (copie de la facture d'achat) du matériel disposable utilisé.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 159331-159342 n'est pas cumulable avec les prestations 159655-159666, 159073-159084 et 159095-159106.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-§12

Prestation(s) liée(s) :

159353 - 159364

159375 - 159386

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 159353-159364 et 159375-159386 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition

Les prestations 159353-159364 et 159375-159386 sont destinées à la protection des structures lors d'une resternotomie ou à la prévention d'une herniation du cœur.

3.2. Critères

Pas d'application.

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application

F-§13

Prestation(s) liée(s) :

159471 - 159482

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion, d'implants et d'accessoires, à l'occasion de la prestation 589455-589466 de la nomenclature, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:
l'établissement hospitalier dispose d'un programme de soins "pathologie cardiaque" C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) tel que fixé par l'autorité ayant la Santé publique dans ses attributions.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition

Dans le libellé de la prestation 159471-159482, on entend par "accessoires": les fils de guidage, la gaine d'introduction et le dispositif de gonflage.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite après implantation par le médecin spécialiste, via l'organisme assureurs.

La demande comporte un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste qui a réalisé la prestation 589455-589466 de la nomenclature, ainsi que le F-form-I-05, étayé par les factures du distributeur.

Pour chaque dossier individuel, le Collège recueille, avant de prendre une décision, l'avis de la Commission

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

4..2. Remplacement

Pas d'obligation administrative

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 159471-159482 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159390-159401, 159412-159423, 159434-159445 et 159456-159460 .

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-§14

Prestation(s) liée(s) :

159456 - 159460

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel pour la fermeture du foramen oval, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 159456-159460 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation de ces dispositifs auprès du médecin-conseil.

Cette notification contient un rapport médical circonstancié qui décrit clairement qu'il s'agit d'un foramen oval avec shunt droit-gauche démontré par imagerie et d'un accident vasculaire cérébral démontré par imagerie cérébrale, celle-ci n'étant cependant pas exigée en cas d'accident de décompression.

Ce rapport médical circonstancié tient lieu d'attestation médicale et doit être signé par un médecin spécialiste en cardiologie ou en pédiatrie, et contresigné par un médecin spécialiste en neurologie et un chirurgien cardiaque qui confirment ainsi l'indication.

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative.

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

5. Règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application

F-§15

Prestation(s) liée(s) :

159574 - 159585

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au cathéter à biopsie utilisés lors d'un cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse il doit être satisfait à la condition suivante :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 159574-159585 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :

Il dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme de soins "pathologie cardiaque" T.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-§16

Prestation(s) liée(s) :

159913 - 159924

159935 - 159946

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'application administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les prestations 159913-159924 et 159935-159946 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séjour.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

F-§17

Prestation(s) liée(s) :

160370 - 160381

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 cardiectomie 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

Prestation(s) liée(s) :

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

Liste

G. Chirurgie vasculaire

G.1 Matériel de dilatation avec ou sans tuteur(s) périphérique(s) couvert(s) ou non-couvert(s)

G.1.1 Matériel de dilatation avec un (des) tuteur(s) périphérique(s) couvert(s) ou non-couvert(s)

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160510 - 160521	Matériel de dilatation et tuteur(s) utilisés lors de la prestation 589352 - 589363 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.701,73	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.701,73
Conditions de remboursement :	G-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.401,42	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.401,42
Conditions de remboursement :	G-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.901,93	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.901,93
Conditions de remboursement :	G-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.401,42	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.401,42
Conditions de remboursement :	G-§02	

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

Liste

G. Chirurgie vasculaire

160591 - 160602

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

€ 1.901,93

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.901,93

Conditions de remboursement :

G-§02

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

160613 - 160624

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

€ 1.021,04

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.021,04

Conditions de remboursement :

G-§02

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

160635 - 160646

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

€ 1.521,54

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.521,54

Conditions de remboursement :

G-§02

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

160650 - 160661

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors d'une revascularisation veineuse

Catégorie de remboursement :

I.D.a

Base de remboursement

€ 1.276,29

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€)

€ 0,00

Montant du remboursement

€ 1.276,29

Conditions de remboursement :

G-§02

G.1.2 Matériel de dilatation sans tuteur périphérique

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

160672 - 160683

Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mésentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement :

II.D.a

Base de remboursement

€ 464,92

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%)

0,00%

Liste

G. Chirurgie vasculaire

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 0,00
Montant du remboursement € 464,92

Conditions de remboursement : G-§02

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

160694 - 160705 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 464,92 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 464,92

Conditions de remboursement : G-§02

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

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 ulcéraires qui ne guérissent pas ou des douleurs de repos nocturnes, par technique laser

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 1.704,71 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 1.704,71

Conditions de remboursement : G-§03

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

160731 - 160742 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 258,29 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 258,29

Conditions de remboursement : G-§02

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

160753 - 160764 Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors d'une revascularisation veineuse

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 361,61 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 361,61

Conditions de remboursement : G-§02

Liste

G. Chirurgie vasculaire

G.2 Sonde de type Fogarty pour thrombectomie ou embolectomie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160775 - 160786	Sonde de type Fogarty pour embolectomie, par pièce	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 75,42	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 75,42

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160790 - 160801	Sonde de type Fogarty pour thrombectomie, par pièce	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 119,85	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 119,85

G.3 Prothèses vasculaires

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160812 - 160823	Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass fémoro-poplité (au-dessus du genou)	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 800,81	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 800,81

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160834 - 160845	Greffe vasculaire utilisée pour un cross-over fémoro-fémorale	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 750,76	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 750,76

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160856 - 160860	Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass fémoro-distal	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.226,24	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

G. Chirurgie vasculaire

Montant du remboursement € 1.226,24

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160871 - 160882	Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass axillo-fémoral	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.226,24	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.226,24

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160893 - 160904	Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-iliaque	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 600,61

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160915 - 160926	Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-fémoral	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 600,61

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160930 - 160941	Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass ilio-fémoral	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 600,61

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160952 - 160963	Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique < 15 cm	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

G. Chirurgie vasculaire

Montant du remboursement € 600,61

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160974 - 160985	Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique > et = 15 cm	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 950,96	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 950,96

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
160996 - 161000	Greffe vasculaire type Valsalva avec ou sans ramification	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.701,73	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.701,73

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161011 - 161022	Greffe vasculaire avec une ou deux ramifications	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.301,32	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.301,32

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161033 - 161044	Greffe vasculaire avec trois ou quatre ramifications	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.701,73	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.701,73

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161055 - 161066	Greffe de bifurcation	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 800,81	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

G. Chirurgie vasculaire

Montant du remboursement € 800,81

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161070 - 161081	Prothèse d'accès pour hémodialyse	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 500,51	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 500,51

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 600,61

G.4 Endoprothèses

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 32701
<i>Base de remboursement</i>	€ 5.230,30	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 5.230,30
Conditions de remboursement :	G-§04	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 32701, 32704, 32705
<i>Base de remboursement</i>	€ 6.846,94	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 6.846,94
Conditions de remboursement :	G-§04	

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

Liste

G. Chirurgie vasculaire

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 nominative : 32702, 32703

Base de remboursement

€ 4.644,71

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 4.644,71

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 32702, 32703, 32704, 32705

Base de remboursement

€ 6.071,16

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 6.071,16

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 32706

Base de remboursement

€ 2.947,99

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 2.947,99

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

161210 - 161221

Endoprothèse iliaque droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

I.E.a

Liste nominative : 32709

Base de remboursement

€ 1.601,62

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.601,62

Conditions de remboursement :

G-§04

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

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 nominative : 32708

Base de remboursement

€ 6.656,75

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) € 0,00

Liste

G. Chirurgie vasculaire

Montant du remboursement € 6.656,75

Conditions de remboursement : G-§04

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

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 nominative :** 32707, 32708

Base de remboursement € 9.509,64 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 9.509,64

Conditions de remboursement : G-§04

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

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 nominative :** 32707

Base de remboursement € 4.754,82 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 4.754,82

Conditions de remboursement : G-§04

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

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 nominative :** 32707

Base de remboursement € 7.607,71 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 7.607,71

Conditions de remboursement : G-§04

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

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 nominative :** 32707

Base de remboursement € 9.509,64 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 9.509,64

Conditions de remboursement : G-§04

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

161335 - 161346 Deux endoprothèses aortiques thoraciques droites : 15 cm ou plus, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

Liste

G. Chirurgie vasculaire

Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste nominative :	32708
<i>Base de remboursement</i>	€ 9.509,64	<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>	€ 9.509,64

Conditions de remboursement : G-§04

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

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 nominative :	32704
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.601,62	<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>	€ 1.601,62

Conditions de remboursement : G-§04

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

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 nominative :	32705
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.426,45	<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
		<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.426,45

Conditions de remboursement : G-§04

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

161394 - 161405 Endoprothèse iliaque droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :	I.E.a	Liste nominative :	32709
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.601,62	<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>	€ 1.601,62

Conditions de remboursement : G-§04

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

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 nominative :	32707
<i>Base de remboursement</i>	€ 4.754,82	<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>	€ 4.754,82

Liste

G. Chirurgie vasculaire

Conditions de remboursement : G-§04

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161431 - 161442	Endoprothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus avec un prolongement en polyester, 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 nominative : 32710
<i>Base de remboursement</i>	€ 6.656,75	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 6.656,75
Conditions de remboursement :	G-§04	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 32710
<i>Base de remboursement</i>	€ 6.656,75	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 6.656,75
Conditions de remboursement :	G-§04	

G.5 Matériel d'embolisation

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161475 - 161486	Emploi de matériel d'embolisation à l'occasion de la prestation 589116 - 589120 de la nomenclature, y compris le matériel utilisé lors de la procédure de test	
Catégorie de remboursement :	II.F.a	
<i>Base de remboursement</i>	CMD	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> CMD
Conditions de remboursement :	G-§05	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161490 - 161501	Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589131 - 589142 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 671,55	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 671,55
Conditions de remboursement :	G-§01,G-§05	

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

Liste

G. Chirurgie vasculaire

161512 - 161523	Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589411 - 589422 de la nomenclature			
Catégorie de remboursement :	II.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 309,95	<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>	€ 309,95
Conditions de remboursement :	G-§05			

G.6 Cathéter pour la recanalisation d'une occlusion vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 361,61	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 361,61
Conditions de remboursement :	G-§02	

G.7 Systèmes veineux centraux pour usage prolongé

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 170,17	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 170,17

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 230,23	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 230,23

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 70,07	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%

Liste

G. Chirurgie vasculaire

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 0,00
Montant du remboursement € 70,07

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

161615 - 161626 Réservoir implantable avec une ou deux chambres avec cathéters, pour injections transcutanées répétées, pour injections intraveineuses, intra-artérielles, épidurales, intrathécales ou intrapéritonéales, y compris le matériel d'introduction

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 300,30 *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 300,30

G.8 Vascular closure device

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

161630 - 161641 Implant et accessoires pour la fermeture percutanée de la paroi artérielle après une procédure endovasculaire thérapeutique, par session opératoire

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement € 150,15 *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 55,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 82,58

Montant du remboursement € 67,57

G.9 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

G.9.1 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation d'une artère des membres

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

161652 - 161663 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 235115-235126 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 344,04 *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 86,01

Montant du remboursement € 258,03

Conditions de remboursement : G-§08

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

161674 - 161685 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 235211-235222 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 344,04 *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 25,00%

Liste

G. Chirurgie vasculaire

<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 86,01
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 258,03

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 : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014 **NOUVEAU**

161696 - 161700 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 237090-237101 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 344,04 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 86,01

Montant du remboursement € 258,03

Conditions de remboursement : G-§08

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

161711 - 161722 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 237171-237182 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 344,04 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 86,01

Montant du remboursement € 258,03

Conditions de remboursement : G-§08

G.9.3 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une opération sur le coeur ou les gros vaisseaux intrathoraciques

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

161733 - 161744 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229014 - 229025 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 344,04 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 86,01

Montant du remboursement € 258,03

Conditions de remboursement : G-§08

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

161755 - 161766 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229515 - 229526 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 344,04 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Liste

G. Chirurgie vasculaire

<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 86,01
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 258,03

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 : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014 **NOUVEAU**

161770 - 161781 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229574 - 229585 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 344,04 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 86,01

Montant du remboursement € 258,03

Conditions de remboursement : G-§06,G-§08

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

161792 - 161803 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229611 - 229622 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 344,04 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 86,01

Montant du remboursement € 258,03

Conditions de remboursement : G-§08

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

161814 - 161825 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229633 - 229644 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

Catégorie de remboursement : II.D.b

Base de remboursement € 344,04 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 86,01

Montant du remboursement € 258,03

Conditions de remboursement : G-§08

G.10 Cathéter en vue de l'évacuation des collections profondes

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

161836 - 161840 Sonde de drainage à double voie utilisée lors de la prestation 589234 - 589245 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.a

Base de remboursement € 103,32 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Liste

G. Chirurgie vasculaire

Montant du remboursement € 103,32

G.11 Filtre de veine cave

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 600,61

G.12 Patches

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161873 - 161884	Patch pour angioplastie	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 150,15	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 150,15

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161895 - 161906	Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 75,08	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 75,08

G.13 Matériel pour le traitement des varices des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 258,29	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 142,05
		<i>Montant du remboursement</i> € 116,24
Conditions de remboursement :	G-§07	

Conditions de remboursement

G-§01

Prestation(s) liée(s) :

160510 - 160521

161490 - 161501

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

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

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

G-§02

Prestation(s) liée(s) :

160532 - 160543

160554 - 160565

160576 - 160580

160591 - 160602

160613 - 160624

160635 - 160646

160650 - 160661

160672 - 160683

160694 - 160705

160731 - 160742

160753 - 160764

161534 - 161545

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

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 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 et 160716-160720 ne sont pas cumulables entre elles.

La prestation 160635-160646 n'est pas cumulable avec les prestations 160576-160580 et 160532-160543 .

Les prestations 160613-160624, 160731-160742 et 160635-160646 ne sont pas cumulables entre elles.

La prestation 160650-160661 n'est pas cumulable avec la prestation 160753-160764 .

La prestation 160613-160624 peut uniquement être cumulée avec les prestations 160576-160580 et 160532-160543 .

La prestation 160731-160742 peut uniquement être cumulée avec les prestations 160694-160705, 160576-160580 et 160532-160543 .

La prestation 160716-160720 n'est pas cumulable avec la prestation 161534-161545 .

5.2. Autres règles

Dans le libellé des prestations 160613-160624 et 160731-160742, par "autre axe anatomique", il faut comprendre un autre axe artériel ou la présence d'une articulation entre deux artères.

La prestation 160613-160624 ne peut-être attestée 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

G-§03

Prestation(s) liée(s) :

160716 - 160720

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de dilatation et de revascularisation utilisé lors d'une revascularisation infra-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

G-§04

Prestation(s) liée(s) :

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

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442 et 161453-161464 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier est doté d'une formation solide et d'une expérience soutenue en matière de procédures endovasculaires et de traitement chirurgical d'un anévrisme aortique infrarénal, d'un anévrisme iliaque et, le cas échéant, d'un anévrisme thoracique, et qui 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 est en outre limitée aux établissements hospitaliers qui disposent de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme partiel B3 du programme de soins "pathologie cardiaque".

Les établissements hospitaliers doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire composée au minimum de deux chirurgiens équivalent temps plein (8/10) ayant une formation et expérience particulières en chirurgie vasculaire, ci-après dénommés "chirurgiens vasculaires" et un radiologue équivalent temps plein (8/10) ayant une formation et expérience particulières en radiologie interventionnelle, ci-après dénommé "radiologue interventionnel".

Bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs établissements hospitaliers, ils ne peuvent signer la demande de remboursement que dans un seul établissement hospitalier . Pour ce faire, le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste sur base du formulaire G-Form-II-1, mise à jour annuellement, avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier et l'enverra pour information à la Commission et au Conseil technique médical.

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement de ces prestations, l'établissement hospitalier doit, dans le courant de l'année x, avant le 1er novembre, communiquer au Service des Soins de Santé la composition de l'équipe.

Si l'établissement hospitalier satisfait à ces critères, il peut bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour ces prestations pendant un an, à partir du 1er janvier de l'année x+1 jusqu'au 31 décembre de l'année x+1 y compris.

Les modifications apportées à la composition de l'équipe dans le courant de l'année x+1 sont spontanément communiquées par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé.

Un établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis si, au sein de l'équipe multidisciplinaire, il n'y a plus deux chirurgiens vasculaires et/ou de radiologue interventionnel. Dès l'instant où ceci est constaté, l'établissement hospitalier perd pendant trois mois le droit d'attester les prestations précitées.

Durant cette période, l'établissement hospitalier peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne font plus l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire et ce jusqu'au moment où l'établissement hospitalier satisfait de nouveau à ces critères et en a informé le Service des Soins de Santé.

Le suivi étant inclus dans une prestation effectuée selon les règles de l'art, sa réalisation est une condition dans le cadre de l'expérience soutenue d'un établissement hospitalier. L'établissement hospitalier transmettra annuellement, avant le 1er novembre, et ce selon des modalités fixées par le Service des Soins de Santé, la Commission et le Conseil technique médical, les données d'implantation et de suivi au Collège des médecins-

directeurs, sous la forme d'un rapport récapitulatif.

Lorsque l'intervention est effectuée par un radiologue interventionnel, un chirurgien vasculaire doit être immédiatement disponible pour intervenir en cas de complications.

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442 et 161453-161464 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.

1) Anévrisme aortique abdominal infrarénal

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes;

ou

- anévrisme fusiforme de l'aorte d'un diamètre de 4,5 à 5,5 cm chez les bénéficiaires symptomatiques souffrant de douleurs dorsales et abdominales avec anévrisme palpatoire et douloureux ou dans le cas d'une anamnèse familiale d'anévrisme (parents du premier degré);

ou

- anévrisme de l'artère iliaque d'un diamètre supérieur à 3 cm, sans collet proximal;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant) nonobstant le diamètre;

ou

- rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

b) L'anévrisme remplit les critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

et

- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

et

- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible.

c) Sont exclus les anévrismes :

- dont le collet proximal présente une angulation supérieure à 70° et/ou des calcifications circulaires importantes;

ou

- qui présentent des tortuosités et calcifications iliaques entraînant l'impossibilité de placement du dispositif d'introduction.

2) Anévrisme de l'artère iliaque

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme iliaque d'un diamètre supérieur à 3 cm avec une zone d'amarrage proximale et distale, rendant possible l'utilisation de tuteurs couverts droits;

ou

- rupture d'anévrisme iliaque, nonobstant le diamètre.

3) Anévrisme de l'aorte thoracique

3.1. Anévrisme de l'aorte descendante

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

ou

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

b) L'anévrisme répond aux critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1,5 cm (n'est pas exigé pour les prestations 161431-161442 et 161453-161464) et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

ou

- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 2 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

ou

- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible, sans tortuosités et/ou calcifications iliaques graves.

3.2 Anévrismes de l'aorte ascendante

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

ou

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

3.3 Anévrisme de l'arc aortique

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

ou

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

4) Endoleak de type I ou endotension (avec croissance de l'anévrisme) après réparation endovasculaire d'un :

- anévrisme aortique abdominal;

- anévrisme iliaque;

- anévrisme thoracique

5) Une endoleak de type III à hauteur de l'aorte infrarénale est considéré comme un nouvel anévrisme.

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 et 161453-161464 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif 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.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442 et 161453-161464 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs après implantation.

La demande d'intervention, conforme à un formulaire G-Form-I-2 doit être communiquée au Collège des médecins-directeurs par les médecins spécialistes implantateurs dans les trente jours qui suivent l'implantation et pour notification au médecin-conseil.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement ait été complété via l'application en ligne. Les modalités d'enregistrement et de validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises, sont fixées par le Service des soins de santé, la Commission et le Conseil technique médical.

Ce formulaire est établi par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis de la Commission et du Conseil technique médical.

La demande d'intervention doit être signée par deux chirurgiens vasculaires et un radiologue interventionnel liés à l'établissement hospitalier.

La demande d'intervention est évaluée par le Collège des médecins directeurs.

Les résultats d'imagerie médicale qui ont servi à établir l'indication doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

En cas de doute, la demande d'intervention est soumise à la "Commission Peer review endoprothèses" instituée auprès du Collège des médecins-directeurs. Cette Commission Peer review est composée d'un radiologue de l'Union nationale des Radiologues (UNR), d'un radiologue de la Société royale belge de radiologie (SRBR) et de quatre chirurgiens vasculaires de la Société belge de chirurgie vasculaire (SBCV).

Les membres du Collège des médecins-directeurs, la Commission et le Conseil technique médical peuvent assister à la réunion de cette Commission Peer review. Cette commission Peer review est convoquée, par le Service, en réunion ou par téléconférence.

La "Commission Peer review endoprothèses" a toujours la possibilité d'inviter le médecin spécialiste implantateur pour qu'il vienne personnellement présenter ses dossiers.

La demande d'intervention, accompagnée de l'avis motivé de la "Commission Peer review endoprothèses", sera alors à nouveau soumise au Collège des médecins directeurs qui prendra l'ultime décision d'intervention de l'assurance obligatoire ou de refus.

Dans les trente jours qui suivent la réception de la demande d'intervention de l'assurance obligatoire, les informations suivantes sont transmises simultanément et immédiatement à l'organisme assureur, à l'équipe qui a introduit la demande et au pharmacien hospitalier :

- la décision du Collège des médecins directeurs si le dossier ne doit pas être soumis à la "Commission Peer review endoprothèses »;
- le renvoi du dossier à la "Commission Peer review endoprothèses".

Après l'implantation, il convient d'évaluer la situation du bénéficiaire à sa sortie de l'établissement hospitalier et après trois, douze, vingt-quatre et trente-six mois. Les documents de suivi (formulaire G-Form-I-3) sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire et un rapport récapitulatif des implantations accompagné des documents de suivi est transmis par l'établissement hospitalier une fois par an au Collège des médecins-directeurs, comme précisé au point 1..

Les documents de suivi (formulaire G-Form-I-3) sont établis par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis de la Commission et du Conseil technique médical.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346 et 161416-161420 ne peuvent être attestées qu'une fois par hospitalisation et ne peuvent pas être cumulées entre elles.

5.2. Autres règles

Le montant de l'intervention pour la prestation est un forfait par intervention qui couvre le coût de l'implant total, nonobstant le nombre, les éléments qui le composent et/ou tous les accessoires.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

La "Commission Peer review endoprothèses" fera chaque année une évaluation des données collectées avec rapport à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

7. Divers

Pas d'application

G-§05

Prestation(s) liée(s) :

161475 - 161486

161490 - 161501

161512 - 161523

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 161475-161486 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite auprès de l'organisme assureur, accompagnée d'un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin qui a effectué la prestation 589116 - 589120 de la nomenclature. La demande d'intervention indique le type de matériel utilisé et comporte, outre une copie de la prescription médicale, une copie de la facture du distributeur à l'hôpital.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les prestations 161475-161486, 161490-161501 ou 161512-161523 ne peuvent pas être attestées pour couvrir le matériel utilisé lors d'une vertébroplastie ou cyphoplastie.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

G-§06

Prestation(s) liée(s) :

161770 - 161781

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relative au système de stabilisation du tissu myocardique, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Selon le matériel utilisé, les prestations 159655-159666, 161770-161781 et 159051-159062 peuvent être cumulées. La prestation 161770-161781 ne peut être attestée que si, en plus des greffes artérielles (a. mamaria), des greffes veineuses (v. saphène) sont également utilisées.

5.2 Autres règles

Pas d'application

5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

G-§07

Prestation(s) liée(s) :

161910 - 161921

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux dispositifs utilisés lors d'un traitement complet endoveineux unilatéral ou bilatéral des varices des membres inférieurs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 161910-161921 ne peut être attestée qu'une seule fois par bénéficiaire.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

G-508

Prestation(s) liée(s) :

161652 - 161663

161674 - 161685

161696 - 161700

161711 - 161722

161733 - 161744

161755 - 161766

161770 - 161781

161792 - 161803

161814 - 161825

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

Liste

H. Gynécologie

H.1 Glande mammaire

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161932 - 161943	Aiguille pour biopsie utilisée lors de la prestation 355213-355224 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 24,80	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 24,80

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 222,13	<i>Marge de sécurité (%) 50,00% / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 333,19	<i>Marge de sécurité (€) € 111,06 / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 222,13
Conditions de remboursement :	H-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
161976 - 161980	Clip utilisé en combinaison avec la prestation 161954-161965	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 82,65	<i>Marge de sécurité (%) 50,00% / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 123,97	<i>Marge de sécurité (€) € 41,32 / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 82,65

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 24,02	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 24,02

H.2 Uterus

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

Liste

H. Gynécologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 559,97	<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>	€ 139,99
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 419,98

Conditions de remboursement : H-§03

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

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 777,97	<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>	€ 194,49
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 583,48

Conditions de remboursement : H-§03

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

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 265,52	<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>	€ 66,38
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 199,14

Conditions de remboursement : H-§03

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

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 559,97	<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>	€ 139,99
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 419,98

Conditions de remboursement : H-§03

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

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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 559,97	<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>	€ 139,99
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 419,98

Conditions de remboursement : H-§03

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

Liste

H. Gynécologie

162116 - 162120

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432611 - 432622 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement € 230,39 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 57,59

Montant du remboursement € 172,80

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

162131 - 162142

Anse pour l'ablation endoscopique de tissu obstructif et de tumeurs du tractus urogénital, utilisée lors des prestations 432456-432460, 432390-432401 ou 432412-432423 de la nomenclature

Catégorie de remboursement :

II.D.d

Base de remboursement € 41,33 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 55,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 22,73

Montant du remboursement € 18,60

Conditions de remboursement : H-§03

H.3 Annexes de l'uterus

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

162153 - 162164

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432574 - 432585 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement € 230,39 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 57,59

Montant du remboursement € 172,80

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

162175 - 162186

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432596 - 432600 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement € 230,39 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 57,59

Montant du remboursement € 172,80

Conditions de remboursement : H-§03

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication : 1/07/2014

NOUVEAU

162190 - 162201

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432633 - 432644 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement :

II.D.b

Base de remboursement € 230,39 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

Liste

H. Gynécologie

<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 57,59
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 172,80

Conditions de remboursement : H-§03

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

162212 - 162223 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable, à l'exception des clips pour stérilisation, utilisé lors de la prestation 432692 - 432703 de la nomenclature, par voie endoscopique

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement € 108,48 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 55,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 59,66

Montant du remboursement € 48,82

Conditions de remboursement : H-§03

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

162234 - 162245 Ensemble des clips pour stérilisation utilisés lors de la prestation 432692-432703 ou 432316-432320 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : I.D.d

Base de remboursement € 70,07 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 55,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* € 38,53

Montant du remboursement € 31,54

H.4 Filets pour la réparation d'un prolapsus

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

162256 - 162260 Filet entièrement synthétique pour la réparation d'un prolapsus, par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement € 5,01 *Marge de sécurité (%)* 40,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 7,01 *Marge de sécurité (€)* € 2,00 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 5,01

Conditions de remboursement : H-§02

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

162271 - 162282 Filet entièrement biologique pour réparation d'un prolapsus, par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement € 4,00 *Marge de sécurité (%)* 50,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 6,00 *Marge de sécurité (€)* € 2,00 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 4,00

Conditions de remboursement : H-§02

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

Liste

H. Gynécologie

162293 - 162304	Filet hybride biosynthétique pour la réparation d'un prolapsus, par cm ²				
Catégorie de remboursement :	I.B.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 4,00	<i>Marge de sécurité (%)</i>	50,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 6,00	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 2,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 4,00
Conditions de remboursement :	H-§02				

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162315 - 162326	Filet spécial entièrement synthétique pour la réparation d'un prolapsus, par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 6,01	<i>Marge de sécurité (%)</i> 40,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 8,41	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 2,40 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 6,01
Conditions de remboursement :	H-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162330 - 162341	Filet spécial entièrement biologique pour réparation d'un prolapsus , par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 5,01	<i>Marge de sécurité (%)</i> 50,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 7,51	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 2,50 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 5,01
Conditions de remboursement :	H-§02	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162352 - 162363	Filet spécial hybride biosynthétique pour la réparation d'un prolapsus, par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 5,01	<i>Marge de sécurité (%)</i> 50,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 7,51	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 2,50 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 5,01
Conditions de remboursement :	H-§02	

H.5 Divers

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 592,00	<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> € 148,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 444,00
Conditions de remboursement :	H-§03	

Liste

H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 360,37	<i>Marge de sécurité (%)</i> 15,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 414,42	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 54,05 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 360,37

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 235,56	<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> € 58,89
		<i>Montant du remboursement</i> € 176,67
Conditions de remboursement :	H-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 70,25	<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> € 17,56
		<i>Montant du remboursement</i> € 52,69
Conditions de remboursement :	H-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 230,39	<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> € 57,59
		<i>Montant du remboursement</i> € 172,80
Conditions de remboursement :	H-§03	

Conditions de remboursement

H-§01

Prestation(s) liée(s) :

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 prépectoraux ou sous-cutanées supérieures à 1 cm;
- lésions démontrées par mammographie avec forte présomption d'adénome fibreux.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première utilisation

Les indications, l'évaluation clinique et les résultats de l'examen histologique doivent être mentionnés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

Pas d'application

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

H-§02

Prestation(s) liée(s) :

162256 - 162260

162271 - 162282

162293 - 162304

162315 - 162326

162330 - 162341

162352 - 162363

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filets implantables pour réparation d'un prolapsus, 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 162315-162326, 162330-162341 et 162352-162363 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

3.1. Définition

Les prestations 162315-162326, 162330-162341 et 162352-162363 comprennent :

- un filet avec une forme complexe, qui n'est ni ellipsoïde, ni quadrangulaire , avec des points d'ancrage pour placement par aiguille,

et

- un kit de placement avec des aiguilles non-réutilisables.

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

Concernant les prestations 162256-162260, 162271-162282, 162293-162304, 162315-162326, 162330-162341 et 162352-162363:

Par filet utilisé, une seule des six prestations peut être attestée.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

7. Divers

Pas d'application.

H-§03

Prestation(s) liée(s) :

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

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

Liste

I. Pneumologie et système respiratoire

I.1 Voies respiratoires

I.1.1 Tuteurs

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162470 - 162481	Tuteur bronchique ou pulmonaire en matière synthétique, par tuteur	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162492 - 162503	Tuteur bronchique ou pulmonaire auto-expansible en matière synthétique, par tuteur	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 508,52	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 508,52

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162514 - 162525	Tuteur bronchique ou pulmonaire auto-expansible en métal, par tuteur	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.101,12	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.101,12

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162536 - 162540	Tuteur trachéo-bronchique en Y en matière synthétique, par tuteur	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 750,76	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 750,76

I.1.2 Divers

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

Liste

I. Pneumologie et système respiratoire

<i>Base de remboursement</i>	€ 20,66	<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>	€ 11,36
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 9,30

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU		
162573 - 162584	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 471855-471866 de la nomenclature			
Catégorie de remboursement :	II.D.b			
<i>Base de remboursement</i>	€ 146,71	<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>	€ 36,67
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 110,04

Liste

J. Chirurgie plastique et reconstructive

J.1 Implants oupanseurs tissulaires

J.1.1 Reconstruction de la glande mammaire

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

162595 - 162606 Implant mammaire oupanseur 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 : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014 **NOUVEAU**

162610 - 162621 Implant mammaire rond oupanseur tissulaire mammaire définitif rond, remplis d'un gel silicone ou d'une solution saline, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement € 380,39 *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 380,39 *Marge de sécurité (€)* € 0,00 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 380,39

Conditions de remboursement : J-§02

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

162632 - 162643 Implant mammaire anatomique oupanseur tissulaire mammaire définitif anatomique, remplis d'un gel silicone ou d'une solution saline, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement € 550,56 *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 550,56 *Marge de sécurité (€)* € 0,00 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 550,56

Conditions de remboursement : J-§02

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

162654 - 162665 Implant mammaire rond oupanseur tissulaire mammaire définitif rond, remplis d'un gel silicone et d'une solution saline, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement € 680,69 *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 680,69 *Marge de sécurité (€)* € 0,00 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 680,69

Conditions de remboursement : J-§02

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

162676 - 162680 Implant mammaire anatomique oupanseur tissulaire mammaire définitif anatomique, remplis d'un gel silicone et d'une solution saline, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

Liste

J. Chirurgie plastique et reconstructive

<i>Base de remboursement</i>	€ 986,00	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 986,00	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 986,00

Conditions de remboursement : J-§02

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

162691 - 162702 Expanseur tissulaire temporaire non-anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 430,44	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 430,44	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 430,44

Conditions de remboursement : J-§02

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

162713 - 162724 Expanseur tissulaire temporaire anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 586,59	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 586,59	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 586,59

Conditions de remboursement : J-§02

J.1.2 Non-reconstruction de la glande mammaire

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

162735 - 162746 Expanseur tissulaire temporaire pour une reconstruction non mammaire, y compris les accessoires

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 430,44	<i>Marge de sécurité (%)</i>	0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 430,44	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 430,44

Conditions de remboursement : J-§02

Conditions de remboursement

J-§01

Prestation(s) liée(s) :

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 via l'organisme assureur, 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.

J-§02

Prestation(s) liée(s) :

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 ou 252512-252523 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.

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

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 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.

Liste

K. Chirurgie en général

K.1 Colles tissulaires

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162750 - 162761	Remboursement de base pour colle chirurgicale pour usage interne (par intervention)	
Catégorie de remboursement :	I.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 47,05	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 25,87
		<i>Montant du remboursement</i> € 21,18
Conditions de remboursement :	K-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162772 - 162783	Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement lors d'une intervention crani-spinale intradurale (par intervention)	
Catégorie de remboursement :	I.E.d	Liste nominative : 32901
<i>Base de remboursement</i>	€ 319,32	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 175,62
		<i>Montant du remboursement</i> € 143,70
Conditions de remboursement :	K-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 32902
<i>Base de remboursement</i>	€ 518,53	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 285,19
		<i>Montant du remboursement</i> € 233,34
Conditions de remboursement :	K-§01	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162816 - 162820	Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par intervention)	
Catégorie de remboursement :	I.E.d	Liste nominative : 32903
<i>Base de remboursement</i>	€ 518,53	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 285,19
		<i>Montant du remboursement</i> € 233,34
Conditions de remboursement :	K-§01	

K.2 Produits hémostatiques

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 33001

Liste

K. Chirurgie en général

<i>Base de remboursement</i>	€ 255,26	<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>	€ 140,39
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 114,87

Conditions de remboursement : K-§01

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

162853 - 162864 Agent hémostatique utilisé spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par pièce)

Catégorie de remboursement : I.E.d **Liste nominative :** 33002

<i>Base de remboursement</i>	€ 255,26	<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>	€ 140,39
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 114,87

Conditions de remboursement : K-§01

K.3 Anti-adhésifs

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

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 nominative :** 33101

<i>Base de remboursement</i>	€ 279,28	<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>	€ 153,60
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 125,68

Conditions de remboursement : K-§01

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

162890 - 162901 Anti-adhésif à base de polymères naturels (non-bovins) utilisé spécifiquement lors d'une intervention craniospinale (par cm²)

Catégorie de remboursement : I.E.d **Liste nominative :** 33102

<i>Base de remboursement</i>	€ 6,01	<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>	€ 3,30
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 2,71

Conditions de remboursement : K-§01

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

162912 - 162923 Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie de la main (par pièce)

Catégorie de remboursement : I.E.d **Liste nominative :** 33103

<i>Base de remboursement</i>	€ 222,23	<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>	€ 122,22
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 100,01

Conditions de remboursement : K-§01

Liste

K. Chirurgie en général

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
162934 - 162945	Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie gynécologique (par intervention)	
Catégorie de remboursement :	I.E.d	Liste nominative : 33104
<i>Base de remboursement</i>	€ 164,17	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 90,29
		<i>Montant du remboursement</i> € 73,88
Conditions de remboursement :	K-§01	

K.4 Matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 180,80	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 180,80
Conditions de remboursement :	K-§02	

Conditions de remboursement

K-§01

Prestation(s) liée(s) :

162750 - 162761
162772 - 162783
162794 - 162805
162816 - 162820
162831 - 162842
162853 - 162864
162875 - 162886
162890 - 162901
162912 - 162923
162934 - 162945

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, 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, 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

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 162750-162761, 162772-162783, 162794-162805 et 162816-162820 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 162750-162761, 162772-162783, 162794-162805 et 162816-162820 ne sont pas cumulables avec les spécialités pharmaceutiques prévues dans le paragraphe 840000 du chapitre 4 de l'annexe de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

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, 287350-287361, 287372-287383.
- 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.

5.3. Dérogation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

K-502

Prestation(s) liée(s) :

162956 - 162960

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'ensemble du matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 162956-162960 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1 Définition

Le terme "cell-saving" de la prestation 162956-162960 représente la procédure par laquelle le sang perdu est, lors de l'aspiration, immédiatement mélangé à un anticoagulant et est ensuite filtré dans un réservoir. De ce réservoir, le sang est amené par une pompe dans une centrifugeuse où les cellules sont séparées du plasma. Le plasma résiduel entre les cellules est alors éliminé par rinçage et la masse cellulaire peut ensuite être rendue au bénéficiaire en utilisant ou non un filtre.

3.2 Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 162956-162960 peut seulement être attestée une fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

L.1 Colonne vertébrale

L.1.1 Cyphoplastie

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

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 € 4.257,64 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 4.257,64

Conditions de remboursement : L-§01

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

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

L.1.2 Disque intervertébral

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

163015 - 163026 Prothèse pour le remplacement d'un disque intervertébral lombaire total, pour l'ensemble des éléments

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33201

Base de remboursement € 2.302,33 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 2.532,56 *Marge de sécurité (€)* € 230,23 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 2.302,33

Conditions de remboursement : L-§02

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

163030 - 163041 Insert ou noyau, en polyéthylène, d'une prothèse totale de disque lombaire

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33202

Base de remboursement € 260,26 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 286,28 *Marge de sécurité (€)* € 26,02 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 260,26

Conditions de remboursement : L-§02

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

163052 - 163063 Insert ou noyau, en polyéthylène highly cross-linked, d'une prothèse totale de disque lombaire

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	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 :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
163074 - 163085	Implant d'arthrodèse non mobile pour placement dans l'espace intervertébral cervical et conçu pour être utilisé seul par niveau				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33301		
<i>Base de remboursement</i>	€ 430,44	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 516,52	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 86,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 430,44

Conditions de remboursement : L-§03

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
163096 - 163100	Implant d'arthrodèse non mobile pour placement dans l'espace intervertébral de la colonne vertébrale thoraco-lombaire et conçu pour être utilisé seul par niveau				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33302		
<i>Base de remboursement</i>	€ 930,94	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.117,12	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 186,18	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 930,94

Conditions de remboursement : L-§03

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
163111 - 163122	Implant d'arthrodèse non-mobile pour placement dans l'espace intervertébral de la colonne vertébrale thoraco-lombaire et conçu pour être utilisé par deux par niveau				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33303		
<i>Base de remboursement</i>	€ 470,48	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 564,57	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 94,09	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 470,48

Conditions de remboursement : L-§03

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
163133 - 163144	Implant de corporectomie non mobile, à découper sur mesure, pour placement cervical				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33304		
<i>Base de remboursement</i>	€ 420,43	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 504,51	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 84,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 420,43

Conditions de remboursement : L-§03

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163155 - 163166	Implant de corporectomie non mobile, monobloc, hauteur fixe, disponible en diverses hauteurs, pour placement cervical	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33305
<i>Base de remboursement</i>	€ 670,68	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 804,81	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 134,13 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 670,68
Conditions de remboursement :	L-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163170 - 163181	Implant de corporectomie non mobile, à découper sur mesure, pour placement dans la colonne vertébrale thoraco-lombaire	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33306
<i>Base de remboursement</i>	€ 650,66	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 780,79	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 130,13 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 650,66
Conditions de remboursement :	L-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163192 - 163203	Implant de corporectomie non mobile, monobloc, hauteur fixe, disponible en diverses hauteurs pour placement dans la colonne vertébrale thoraco-lombaire	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33307
<i>Base de remboursement</i>	€ 670,68	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 804,81	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 134,13 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 670,68
Conditions de remboursement :	L-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163214 - 163225	End-cap ou end-ring pour cage de corporectomie monobloc ou découposable, y compris les éléments pour fixation à la cage	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33308
<i>Base de remboursement</i>	€ 250,25	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 50,05 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 250,25
Conditions de remboursement :	L-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163236 - 163240	Cage de corporectomie, extensible in situ, pour l'ensemble des composants, pour placement cervical	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33309
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.651,67	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.982,00	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 330,33 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 1.651,67

Conditions de remboursement : L-§03

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

163251 - 163262 Cage de corporectomie, extensible in situ, pour l'ensemble des composants, pour placement dans la colonne vertébrale thoraco-lombaire

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33310

Base de remboursement € 1.951,98 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 2.342,37 *Marge de sécurité (€)* € 390,39 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.951,98

Conditions de remboursement : L-§03

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

163273 - 163284 Ensemble des cages ou cales, empilables par minimum deux pièces pour formation d'un implant de corporectomie non-mobile, y compris les éléments de fixation, pour placement cervical

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste nominative :** 33401

Base de remboursement € 1.201,22 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 1.201,22

Conditions de remboursement : L-§03

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

163295 - 163306 Ensemble des cages ou cales, empilables par minimum deux pièces pour formation d'un implant de corporectomie non-mobile, y compris les éléments de fixation, pour placement dans la colonne vertébrale thoraco-lombaire

Catégorie de remboursement : I.E.a **Liste nominative :** 33402

Base de remboursement € 1.651,67 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 1.651,67

Conditions de remboursement : L-§03

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

163310 - 163321 Vis osseuse pour fixer une cage à la colonne vertébrale, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33311

Base de remboursement € 150,15 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 180,18 *Marge de sécurité (€)* € 30,03 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 150,15

Conditions de remboursement : L-§03

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

L.1.4 Tige

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
163332 - 163343	Tige longitudinale pour fixation à la colonne vertébrale par vis et/ou crochets			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33312	
<i>Base de remboursement</i>	€ 230,23	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 276,27	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 46,04	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 230,23
Conditions de remboursement :	L-§03			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
163354 - 163365	Tige en U et en une pièce, fixée des deux côtés à la colonne vertébrale postérieure			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33313	
<i>Base de remboursement</i>	€ 760,77	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 912,92	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 152,15	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 760,77
Conditions de remboursement :	L-§03			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
163376 - 163380	Deux tiges y compris tous les éléments supplémentaires pour fixation à l'occiput, y compris les vis occipitales			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33314	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.541,56	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.849,87	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 308,31	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.541,56
Conditions de remboursement :	L-§03,L-§04			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
163391 - 163402	Vis d'ancrage mono-axiale, avec tête de vis ouverte pour fixation de la tige dans la tête de vis, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33315	
<i>Base de remboursement</i>	€ 260,26	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 312,31	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 52,05	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 260,26
Conditions de remboursement :	L-§03			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
163413 - 163424	Vis d'ancrage poly-axiale, avec tête de vis ouverte pour fixation de la tige dans la tête de vis, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33316	
<i>Base de remboursement</i>	€ 290,29	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 348,34	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 58,05	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 290,29

Conditions de remboursement : L-§03

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

163435 - 163446 Vis d'ancrage pour fixation de la tige fixée au moyen d'un connecteur séparé, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache, connecteur inclus

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33317

Base de remboursement € 485,49 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 582,58 Marge de sécurité (€) € 97,09 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 485,49

Conditions de remboursement : L-§03

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

163450 - 163461 Point d'ancrage avec deux vis d'ancrage ou plus sur la même vertèbre, fixées ensemble à une seule tige, y compris toutes les pièces de connexion, de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33318

Base de remboursement € 1.071,09 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.178,19 Marge de sécurité (€) € 107,10 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.071,09

Conditions de remboursement : L-§03

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

163472 - 163483 Point d'ancrage (ilio-)sacral avec deux 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.C.a **Liste nominative :** 33319

Base de remboursement € 800,81 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 960,97 Marge de sécurité (€) € 160,16 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 800,81

Conditions de remboursement : L-§03

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

163494 - 163505 Crochet d'ancrage, avec tête ouverte pour fixation de la tige dans la tête, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33320

Base de remboursement € 300,30 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 330,33 Marge de sécurité (€) € 30,03 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 300,30

Conditions de remboursement : L-§03

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

163516 - 163520 Crochet d'ancrage pour fixation de la tige par moyen d'un connecteur séparé, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache, connecteur inclus

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33321		
<i>Base de remboursement</i>	€ 690,70	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 759,77	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 69,07	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 690,70

Conditions de remboursement : L-§03

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

163531 - 163542	Clamp réductible avec bande de fixation large pour fixation combinée laminaire et/ou transverse à la tige, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33322		
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 440,45	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 40,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 400,41

Conditions de remboursement : L-§03

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

163553 - 163564	Pince d'ancrage (crochet et contre-crochet) pour fixation de la tige par moyen d'un connecteur séparé, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache, connecteur inclus				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33323		
<i>Base de remboursement</i>	€ 750,76	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 825,83	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 75,07	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 750,76

Conditions de remboursement : L-§03

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

163575 - 163586	Pince d'ancrage (crochet et contre-crochet) avec crochet à tête ouverte pour fixation de la tige dans la tête, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33324		
<i>Base de remboursement</i>	€ 580,59	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 638,64	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 58,05	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 580,59

Conditions de remboursement : L-§03

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

163590 - 163601	Connexion transversale entre tiges, pour l'ensemble des composants, y compris tous les éléments de fixation				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33325		
<i>Base de remboursement</i>	€ 320,32	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 384,38	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 64,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 320,32

Conditions de remboursement : L-§03

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163612 - 163623	Connexion longitudinale pour tiges, pour l'ensemble des composants	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33326
<i>Base de remboursement</i>	€ 220,22	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 264,26	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 44,04 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 220,22
Conditions de remboursement :	L-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163634 - 163645	Total des éléments d'un implant, fixé par deux crochets/vis sur la même vertèbre, dans le but de corriger une spondylolyse	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33327
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.001,02	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.201,22	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 200,20 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.001,02
Conditions de remboursement :	L-§03	

L.1.5 Plaque

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163656 - 163660	Plaque pour fixation postérieure à la colonne vertébrale par vis	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33328
<i>Base de remboursement</i>	€ 270,27	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 324,32	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 54,05 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 270,27
Conditions de remboursement :	L-§03,L-§05	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163671 - 163682	Vis d'ancrage à la colonne vertébrale d'une plaque postérieure, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33329
<i>Base de remboursement</i>	€ 260,26	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 312,31	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 52,05 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 260,26
Conditions de remboursement :	L-§03	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163693 - 163704	Plaque pour laminoplastie pour fixation à la colonne vertébrale par vis	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33330
<i>Base de remboursement</i>	€ 150,15	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 180,18	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 30,03 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 150,15

Conditions de remboursement : L-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163715 - 163726	Vis d'ancrage à la colonne vertébrale d'une plaque pour laminoplastie, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33331
<i>Base de remboursement</i>	€ 30,03	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 36,03	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 6,00 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 30,03

Conditions de remboursement : L-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163730 - 163741	Plaque pour fixation antérieure cervicale à la colonne vertébrale par vis (fixation de deux ou trois vertèbres consécutives), y compris les pièces de fixation et d'attache éventuelles	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33332
<i>Base de remboursement</i>	€ 330,33	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 396,39	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 66,06 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 330,33

Conditions de remboursement : L-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163752 - 163763	Plaque pour fixation antérieure cervicale à la colonne vertébrale par vis, y compris les pièces de fixation et d'attache éventuelles (fixation de quatre vertèbres consécutives ou plus)	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33333
<i>Base de remboursement</i>	€ 350,36	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 420,43	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 70,07 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 350,36

Conditions de remboursement : L-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163774 - 163785	Vis simple pour ancrage à la colonne vertébrale d'une plaque antérieure cervicale	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33334
<i>Base de remboursement</i>	€ 140,14	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 168,16	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 28,02 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 140,14

Conditions de remboursement : L-§03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
163796 - 163800	Vis constituée de plusieurs éléments pour l'ancrage d'une plaque antérieure cervicale, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache	

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33335		
<i>Base de remboursement</i>	€ 225,23	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 270,27	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 45,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 225,23
Conditions de remboursement :	L-§03				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
163811 - 163822	Plaque de longueur fixe, pour fixation antérieure ou antéro-latérale à la colonne vertébrale thoraco-lombaire par vis				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33336		
<i>Base de remboursement</i>	€ 500,51	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 100,10	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 500,51
Conditions de remboursement :	L-§03				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
163833 - 163844	Plaque télescopique (longueur variable) pour fixation antérieure ou antéro-latérale à la colonne vertébrale thoraco-lombaire par vis				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33337		
<i>Base de remboursement</i>	€ 700,71	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 840,85	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 140,14	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 700,71
Conditions de remboursement :	L-§03				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
163855 - 163866	Vis simple pour l'ancrage d'une plaque antérieure ou antéro-latérale à la colonne vertébrale thoraco-lombaire				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33338		
<i>Base de remboursement</i>	€ 140,14	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 168,16	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 28,02	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 140,14
Conditions de remboursement :	L-§03				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
163870 - 163881	Vis constituée de plusieurs éléments, pour l'ancrage d'une plaque antérieure ou antéro-latérale à la colonne vertébrale thoraco-lombaire, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33339		
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 400,41

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§03

L.1.6 Stabilisation dynamique et hybride

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

163892 - 163903 Tige pour une stabilisation postérieure longitudinale dynamique, quelque soit le nombre de niveaux, pour l'ensemble des éléments

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33501

Base de remboursement € 230,23 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 276,27 *Marge de sécurité (€)* € 46,04 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 230,23

Conditions de remboursement : L-§03

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

163914 - 163925 Tige pour une stabilisation postérieure longitudinale hybride, quelque soit le nombre de niveaux, pour l'ensemble des éléments

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33502

Base de remboursement € 230,23 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 276,27 *Marge de sécurité (€)* € 46,04 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 230,23

Conditions de remboursement : L-§03

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

163936 - 163940 Implant d'ancrage pédiculaire monoaxial pour une connexion postérieure longitudinale dynamique ou hybride, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33503

Base de remboursement € 260,26 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 312,31 *Marge de sécurité (€)* € 52,05 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 260,26

Conditions de remboursement : L-§03

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

163951 - 163962 Implant d'ancrage pédiculaire polyaxial pour une connexion postérieure longitudinale dynamique ou hybride, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33504

Base de remboursement € 290,29 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 348,34 *Marge de sécurité (€)* € 58,05 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 290,29

Conditions de remboursement : L-§03

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

163973 - 163984 Implant d'ancrage pour fixation de la tige dynamique ou hybride au moyen d'un connecteur séparé, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache, connecteur inclus

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33505		
<i>Base de remboursement</i>	€ 485,49	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 582,58	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 97,09	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 485,49
Conditions de remboursement :	L-§03				

L.1.7 Accessoires pour implants de la colonne vertébrale

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
163995 - 164006	Vis isolée pour fixation d'odontoïde				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33340		
<i>Base de remboursement</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 360,36	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 60,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 300,30
Conditions de remboursement :	L-§03				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
164010 - 164021	Implant placé entre l'implant d'ancrage et l'os pour éviter l'enfoncement d'un implant d'ancrage (STAPLE)				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33341		
<i>Base de remboursement</i>	€ 200,20	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 240,24	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 40,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 200,20
Conditions de remboursement :	L-§03				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
164032 - 164043	Implant séparé, pour correction de la surface de contact entre un implant d'ancrage et la tige/plaque/connecteur (WASHER)				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33342		
<i>Base de remboursement</i>	€ 65,07	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 78,08	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 13,01	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 65,07
Conditions de remboursement :	L-§03				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 300,30	<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>	€ 300,30
Conditions de remboursement :	L-§03				

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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.2 Articulations

L.2.1 Membre supérieur

L.2.1.1 Epaule

L.2.1.1.1 Tiges

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
164091 - 164102	Prothèse humérale monobloc	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33601
Base de remboursement	€ 855,87	Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix maximum	€ 1.027,04	Marge de sécurité (€) € 171,17 Intervention personnelle (€) € 0,00
		Montant du remboursement € 855,87

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 33602
Base de remboursement	€ 745,76	Marge de sécurité (%) 30,00% Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix maximum	€ 969,48	Marge de sécurité (€) € 223,72 Intervention personnelle (€) € 0,00
		Montant du remboursement € 745,76
Conditions de remboursement :	L-§06	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 33603
Base de remboursement	€ 745,76	Marge de sécurité (%) 30,00% Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix maximum	€ 969,48	Marge de sécurité (€) € 223,72 Intervention personnelle (€) € 0,00
		Montant du remboursement € 745,76
Conditions de remboursement :	L-§06	

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

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 nominative :** 33604

Base de remboursement € 850,86 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.021,03 *Marge de sécurité (€)* € 170,17 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 850,86

Conditions de remboursement : L-§06

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

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 nominative :** 33605

Base de remboursement € 1.101,12 *Marge de sécurité (%)* 25,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.376,40 *Marge de sécurité (€)* € 275,28 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.101,12

Conditions de remboursement : L-§06

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

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 nominative :** 33606

Base de remboursement € 820,83 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 984,99 *Marge de sécurité (€)* € 164,16 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 820,83

Conditions de remboursement : L-§06

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

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 nominative :** 33607

Base de remboursement € 975,99 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.171,18 *Marge de sécurité (€)* € 195,19 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 975,99

Conditions de remboursement : L-§06

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

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 nominative :** 33608

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 362,37	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 452,96	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 90,59	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 362,37

Conditions de remboursement : L-§06

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

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 nominative :** 33609

<i>Base de remboursement</i>	€ 970,98	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.213,72	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 242,74	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 970,98

Conditions de remboursement : L-§06

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

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 nominative :** 33610

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.025,04	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.281,30	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 256,26	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.025,04

Conditions de remboursement : L-§06

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

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 nominative :** 33611

<i>Base de remboursement</i>	€ 970,98	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.213,72	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 242,74	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 970,98

Conditions de remboursement : L-§06

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

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 nominative :** 33612

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.025,04	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.281,30	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 256,26	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.025,04

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§06

L.2.1.1.2 Tête

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

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 nominative :** 33613

Base de remboursement € 636,65 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 763,98 *Marge de sécurité (€)* € 127,33 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 636,65

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

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 nominative :** 33614

Base de remboursement € 1.551,57 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.861,88 *Marge de sécurité (€)* € 310,31 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.551,57

Conditions de remboursement : L-§07

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

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 nominative :** 33615

Base de remboursement € 382,39 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 458,86 *Marge de sécurité (€)* € 76,47 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 382,39

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

164393 - 164404 Tête humérale bipolaire, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33616

Base de remboursement € 636,65 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 763,98 *Marge de sécurité (€)* € 127,33 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 636,65

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

164415 - 164426 Tête humérale en céramique, y compris tous les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33617

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 560,57	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 672,68	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 112,11	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 560,57

L.2.1.1.3 Glène

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

164430 - 164441 Glène pour prothèse de l'épaule - Standard en polyéthylène

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33618

Base de remboursement € 330,33 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 396,39 *Marge de sécurité (€)* € 66,06 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 330,33

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

164452 - 164463 Glène pour prothèse de l'épaule - Standard en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33619

Base de remboursement € 330,33 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 396,39 *Marge de sécurité (€)* € 66,06 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 330,33

Conditions de remboursement : L-§08

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

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 nominative :** 33620

Base de remboursement € 437,44 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 524,92 *Marge de sécurité (€)* € 87,48 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 437,44

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

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 nominative :** 33621

Base de remboursement € 437,44 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 524,92 *Marge de sécurité (€)* € 87,48 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 437,44

Conditions de remboursement : L-§08

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

164511 - 164522	Partie externe d'une glène modulaire				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33622		
<i>Base de remboursement</i>	€ 350,36	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 437,95	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 87,59	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 350,36
<hr/>					
Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
164533 - 164544	Partie interne d'une glène modulaire pour prothèse anatomique de l'épaule				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33623		
<i>Base de remboursement</i>	€ 200,20	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 240,24	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 40,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 200,20
<hr/>					
Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
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 nominative : 33624		
<i>Base de remboursement</i>	€ 200,20	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 240,24	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 40,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 200,20
Conditions de remboursement :	L-§08				
<hr/>					
Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
164570 - 164581	Partie interne d'une glène modulaire - implant sphérique pour prothèse d'épaule inversée				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33625		
<i>Base de remboursement</i>	€ 365,37	<i>Marge de sécurité (%)</i>	35,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 493,24	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 127,87	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 365,37
<hr/>					
L.2.1.1.4 Autres					
Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
164592 - 164603	Cupule humérale pour prothèse d'épaule inversée				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33626		
<i>Base de remboursement</i>	€ 200,20	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 240,24	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 40,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 200,20
<hr/>					

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

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

164614 - 164625 Rehausseur pour prothèse d'épaule

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33627

Base de remboursement € 180,18 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 216,21 *Marge de sécurité (€)* € 36,03 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 180,18

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

164636 - 164640 Spacer en ciment imprégné d'antibiotique

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33628

Base de remboursement € 715,73 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 787,30 *Marge de sécurité (€)* € 71,57 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 715,73

L.2.1.1.5 Accessoires pour prothèses d'épaule

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

164651 - 164662 Vis utilisée lors du placement de la partie glénoïdienne d'une prothèse d'épaule - maximum quatre pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement € 34,03 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 37,43 *Marge de sécurité (€)* € 3,40 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 34,03

L.2.1.2 Coude

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

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 nominative :** 33701

Base de remboursement € 1.151,17 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.381,40 *Marge de sécurité (€)* € 230,23 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.151,17

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

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 nominative :** 33702

Base de remboursement € 720,73 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Prix maximum	€ 864,87	Marge de sécurité (€)	€ 144,14	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 720,73

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
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 nominative :	33703		
Base de remboursement	€ 700,71	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 840,85	Marge de sécurité (€)	€ 140,14	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 700,71

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
164732 - 164743	Prothèse de la tête radiale, pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33704		
Base de remboursement	€ 1.251,27	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.501,52	Marge de sécurité (€)	€ 250,25	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.251,27

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
164754 - 164765	Prothèse de la tête radiale en silicone, pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33705		
Base de remboursement	€ 220,22	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 264,26	Marge de sécurité (€)	€ 44,04	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 220,22

L.2.1.3 Poignet

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
164776 - 164780	Composant radial d'une prothèse totale radio-carpienne de poignet				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33706		
Base de remboursement	€ 1.251,27	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.501,52	Marge de sécurité (€)	€ 250,25	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.251,27

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
164791 - 164802	Composant carpal d'une prothèse totale radio-carpienne de poignet				

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33707		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.501,52	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.801,82	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 300,30	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.501,52

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
164813 - 164824	Prothèse de resurfacage du poignet à impacter dans le grand os du carpe				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33708		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.286,30	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.543,56	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 257,26	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.286,30

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
164835 - 164846	Prothèse de la tête ulnaire, pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33709		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.301,32	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.561,58	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 260,26	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.301,32

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
164850 - 164861	Prothèse totale radio-carpienne de poignet en silicone				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33710		
<i>Base de remboursement</i>	€ 550,56	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 660,67	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 110,11	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 550,56

L.2.1.4 Main

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
164872 - 164883	Prothèse de l'os semi-lunaire ou du scaphoïde du carpe				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33711		
<i>Base de remboursement</i>	€ 500,51	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 100,10	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 500,51

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

164894 - 164905	Prothèse d'interposition entre les os du carpe				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33712		
<i>Base de remboursement</i>	€ 500,51	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 100,10	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 500,51
Date dernière modification : 1/07/2014			Date première publication : 1/07/2014		NOUVEAU
164916 - 164920	Prothèse carpo-métacarpienne et/ou trapézo-métacarpienne, pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33713		
<i>Base de remboursement</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 720,73	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 120,12	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 600,61
Date dernière modification : 1/07/2014			Date première publication : 1/07/2014		NOUVEAU
164931 - 164942	Prothèse métacarpo-phalangienne, pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33714		
<i>Base de remboursement</i>	€ 810,82	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 972,98	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 162,16	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 810,82
Date dernière modification : 1/07/2014			Date première publication : 1/07/2014		NOUVEAU
164953 - 164964	Prothèse métacarpo-phalangienne en silicone, pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33715		
<i>Base de remboursement</i>	€ 260,26	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 312,31	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 52,05	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 260,26
Date dernière modification : 1/07/2014			Date première publication : 1/07/2014		NOUVEAU
164975 - 164986	Prothèse interphalangienne (doigt), pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33716		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.001,02	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.201,22	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 200,20	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.001,02

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
164990 - 165001	Prothèse interphalangienne (doigt) en silicone, pour l'ensemble des composants	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33717
<i>Base de remboursement</i>	€ 260,26	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 312,31	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 52,05 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 260,26

L.2.1.5 Autres

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
165012 - 165023	Implants pour tendons de doigt	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33718
<i>Base de remboursement</i>	€ 360,37	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 432,44	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 72,07 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 360,37

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
165034 - 165045	Prothèse totale radio-ulnaire avec appui radial, pour l'ensemble des composants	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33719
<i>Base de remboursement</i>	€ 5.705,79	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 6.846,94	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 1.141,15 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 5.705,79

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
165056 - 165060	Implant pour la cavité sigmoïde du radius	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33720
<i>Base de remboursement</i>	€ 950,96	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.141,15	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 190,19 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 950,96

L.2.1.6 Accessoires

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
165071 - 165082	Vis osseuse pour prothèse radio-carpienne de poignet, maximum deux pièces, par pièce	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 34,03	<i>Marge de sécurité (%)</i> 10,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 37,43	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 3,40 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 34,03

L.2.2 Membre inférieur

L.2.2.1 Hanche

L.2.2.1.1 Prothèses fémorales

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

165093 - 165104 Tige standard pour placement avec ciment y compris le centraliseur éventuel

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33801

Base de remboursement € 644,65 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 709,11 *Marge de sécurité (€)* € 64,46 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 644,65

Conditions de remboursement : L-§09

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

165115 - 165126 Tige standard pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33802

Base de remboursement € 810,82 *Marge de sécurité (%)* 30,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.054,06 *Marge de sécurité (€)* € 243,24 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 810,82

Conditions de remboursement : L-§09

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

165130 - 165141 Tige de forme anatomique pour placement avec ciment y compris le centraliseur éventuel

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33803

Base de remboursement € 672,68 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 739,94 *Marge de sécurité (€)* € 67,26 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 672,68

Conditions de remboursement : L-§09

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

165152 - 165163 Tige de forme anatomique pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33804

Base de remboursement € 900,91 *Marge de sécurité (%)* 30,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.171,18 *Marge de sécurité (€)* € 270,27 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 900,91

Conditions de remboursement : L-§09

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

165174 - 165185	Tige pour révision à placer avec ciment et utilisée lors d'une des prestations 293436 - 293440 ou 279016-279020 de la nomenclature y compris le centraliseur éventuel				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33805			
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.239,26	<i>Marge de sécurité (%)</i>	15,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.425,14	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 185,88	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.239,26
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§10				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
165196 - 165200	Tige pour révision verrouillable à placer avec ciment et utilisée lors d'une des prestations 293436 – 293440 ou 279016-279020 de la nomenclature, y compris le centraliseur éventuel et les vis de verrouillage			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33806		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.293,31	<i>Marge de sécurité (%)</i>	15,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.487,30	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 193,99	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 1.293,31
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§10			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
165211 - 165222	Tige pour révision pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement et utilisée lors d'une des prestations 293436 – 293440 ou 279016-279020 de la nomenclature			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33807		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.381,40	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.726,75	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 345,35	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 1.381,40
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§10			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
165233 - 165244	Tige pour révision verrouillable pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement et utilisée lors d'une des prestations 293436 - 293440 ou 279016-279020 de la nomenclature, y compris les vis de verrouillage			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33808		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.435,46	<i>Marge de sécurité (%)</i>	25,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.794,32	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 358,86	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
				<i>Montant du remboursement</i> € 1.435,46
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§10			

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU
165255 - 165266	Tige utilisée lors d'une reconstruction de l'os de la hanche, pour placement avec ciment y compris le centraliseur éventuel			
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33809		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.517,54	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.669,29	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 151,75	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 1.517,54

Conditions de remboursement : L-§09,L-§11

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

165270 - 165281 Tige verrouillable utilisée lors d'une reconstruction de l'os de la hanche, pour placement avec ciment, y compris le centraliseur éventuel et les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33810

Base de remboursement € 1.571,59 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.728,74 Marge de sécurité (€) € 157,15 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.571,59

Conditions de remboursement : L-§09,L-§11

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

165292 - 165303 Tige utilisée lors d'une reconstruction de l'os de la hanche, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33811

Base de remboursement € 1.909,94 Marge de sécurité (%) 0,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.909,94 Marge de sécurité (€) € 0,00 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.909,94

Conditions de remboursement : L-§09,L-§11

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

165314 - 165325 Tige verrouillable utilisée lors d'une reconstruction de l'os de la hanche, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris les vis de verrouillage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33812

Base de remboursement € 1.963,99 Marge de sécurité (%) 0,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.963,99 Marge de sécurité (€) € 0,00 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.963,99

Conditions de remboursement : L-§09,L-§11

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

165336 - 165340 Tige destinée à être utilisée lors d'une dysplasie de hanche y compris le centraliseur éventuel

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33813

Base de remboursement € 1.004,02 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.104,42 Marge de sécurité (€) € 100,40 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.004,02

Conditions de remboursement : L-§09

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

165351 - 165362 Prothèse céphalique avec ancrage épiphysaire et/ou métaphysaire

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33814

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Base de remboursement	€ 810,82	Marge de sécurité (%)	110,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.702,72	Marge de sécurité (€)	€ 891,90	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 810,82

Conditions de remboursement : L-§09

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

165373 - 165384 Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33815

Base de remboursement	€ 1.551,57	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 1.861,88	Marge de sécurité (€)	€ 310,31	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 1.551,57

Conditions de remboursement : L-§09,L-§12

L.2.2.1.2 Tête pour tige de hanche

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

165395 - 165406 Tête pour tige de hanche destinée à être utilisée sans cupule acétabulaire

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33816

Base de remboursement	€ 185,19	Marge de sécurité (%)	10,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 203,70	Marge de sécurité (€)	€ 18,51	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 185,19

Conditions de remboursement : L-§09

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

165410 - 165421 Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabulaire-inox ou chrome/cobalt

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33817

Base de remboursement	€ 167,17	Marge de sécurité (%)	10,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 183,88	Marge de sécurité (€)	€ 16,71	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 167,17

Conditions de remboursement : L-§09

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

165432 - 165443 Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabulaire - céramique

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33818

Base de remboursement	€ 288,29	Marge de sécurité (%)	20,00%	Intervention personnelle (%)	0,00%
Prix maximum	€ 345,94	Marge de sécurité (€)	€ 57,65	Intervention personnelle (€)	€ 0,00
				Montant du remboursement	€ 288,29

Conditions de remboursement : L-§09

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

165454 - 165465 Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabulaire - métal en contact avec une surface en métal

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33819		
<i>Base de remboursement</i>	€ 319,32	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 383,18	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 63,86	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 319,32

Conditions de remboursement : L-§09

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

165476 - 165480 Tête bipolaire pour tige de hanche

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33820		
<i>Base de remboursement</i>	€ 439,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 483,39	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 43,94	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 439,45

Conditions de remboursement : L-§09

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

165491 - 165502 Têtes fémorales à diamètre anatomique et disponible en plusieurs incréments de 1 ou 2 mm à partir de 38 mm, y compris l'adaptateur de cône et les éléments d'assemblage

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33821		
<i>Base de remboursement</i>	€ 970,98	<i>Marge de sécurité (%)</i>	30,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.262,27	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 291,29	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 970,98

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 : 1/07/2014 Date première publication : 1/07/2014 **NOUVEAU**

165513 - 165524 Cupule non modulaire en polyéthylène, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33822		
<i>Base de remboursement</i>	€ 176,18	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 193,79	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 17,61	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 176,18

Conditions de remboursement : L-§09

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

165535 - 165546 Cupule non modulaire en polyéthylène highly cross-linked y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	33823		
<i>Base de remboursement</i>	€ 176,18	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 193,79	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 17,61	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 176,18

Conditions de remboursement : L-§09,L-§08

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

165550 - 165561 Cupule non modulaire d'une pièce, avec partie interne en polyéthylène et partie externe en métal pourvue d'un revêtement ostéotrope ou d'un coating poreux, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33824

Base de remboursement € 547,56 *Marge de sécurité (%)* 30,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 711,82 *Marge de sécurité (€)* € 164,26 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 547,56

Conditions de remboursement : L-§09

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

165572 - 165583 Cupule non modulaire d'une pièce, avec partie interne en polyéthylène highly cross-linked et partie externe en métal, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33825

Base de remboursement € 547,56 *Marge de sécurité (%)* 30,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 711,82 *Marge de sécurité (€)* € 164,26 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 547,56

Conditions de remboursement : L-§09,L-§08

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

165594 - 165605 Cupule non modulaire d'une pièce avec revêtement interne pour métal sur métal ou céramique sur céramique, y compris l'obturateur ou les plugs

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33826

Base de remboursement € 958,97 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.150,76 *Marge de sécurité (€)* € 191,79 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 958,97

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.1.3.2 Cupules modulaires

L.2.2.1.3.2.1 Partie interne

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

165616 - 165620 Partie interne d'une cupule modulaire – polyéthylène

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33827

Base de remboursement € 184,19 *Marge de sécurité (%)* 50,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 276,28 *Marge de sécurité (€)* € 92,09 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 184,19

Conditions de remboursement : L-§09

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

165631 - 165642	Partie interne d'une cupule modulaire – polyéthylène highly cross-linked, y compris l'obturateur ou les plugs				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33828		
<i>Base de remboursement</i>	€ 184,19	<i>Marge de sécurité (%)</i>	50,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 276,28	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 92,09	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 184,19
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§08				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
165653 - 165664	Partie interne d'une cupule modulaire - métal ou céramique pour utilisation avec une tête en métal ou céramique				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33829		
<i>Base de remboursement</i>	€ 445,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 534,54	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 89,09	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 445,45
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.1.3.2.2 Partie externe

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
165675 - 165686	Partie externe d'une cupule modulaire – standard, y compris l'obturateur ou les plugs				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33830		
<i>Base de remboursement</i>	€ 445,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 534,54	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 89,09	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 445,45
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
165690 - 165701	Partie externe d'une cupule modulaire - pourvue d'un revêtement ostéotrope ou d'un coating poreux, y compris l'obturateur ou les plugs				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33831		
<i>Base de remboursement</i>	€ 543,55	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 652,26	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 108,71	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 543,55
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.1.4 Spacer

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
165712 - 165723	Spacer en ciment avec antibiotique				
Catégorie de remboursement :	I.C.a		Liste nominative : 33832		
<i>Base de remboursement</i>	€ 715,73	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 787,30	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 71,57	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 715,73

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.1.5 Prothèses articulaires sur mesure adaptées au canal fémoral

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

165734 - 165745 Tige anatomique sur mesure, adaptée au canal fémoral, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, pour l'ensemble des éléments

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33901

Base de remboursement € 900,91 Marge de sécurité (%) 30,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.171,18 Marge de sécurité (€) € 270,27 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 900,91

Conditions de remboursement : L-§09

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

165756 - 165760 Tige pour révision sur mesure, adaptée au canal fémoral, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, pour l'ensemble des éléments

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33902

Base de remboursement € 1.381,40 Marge de sécurité (%) 25,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 1.726,75 Marge de sécurité (€) € 345,35 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 1.381,40

Conditions de remboursement : L-§09,L-§10

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

165771 - 165782 Tête sur mesure, utilisée en combinaison avec une tige décrite sous 165734-165745 ou 165756-165760

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33903

Base de remboursement € 167,17 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 183,88 Marge de sécurité (€) € 16,71 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 167,17

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.1.6 Accessoires pour prothèses de hanche

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

165793 - 165804 Vis ou clou utilisé lors du placement d'une cupule acétabulaire - maximum cinq pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

Base de remboursement € 34,03 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 37,43 Marge de sécurité (€) € 3,40 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 34,03

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

165815 - 165826 Accessoires acétabulaires en prévention d'une luxation

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 168,17	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 201,80	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 33,63	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 168,17

Conditions de remboursement : L-§13

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

165830 - 165841 Anneau de support pour cupule avec fixation par ciment

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 200,20	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 240,24	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 40,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 200,20

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

165852 - 165863 Croix de reconstruction avec fixation peri-cotyloïdienne

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 250,25	<i>Marge de sécurité (%)</i>	60,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 400,40	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 150,15	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 250,25

L.2.2.2 Genou

L.2.2.2.1 Composants fémoraux

L.2.2.2.1.1 Unicondylaire

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

165874 - 165885 Composant fémoral unicondylaire, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34001

<i>Base de remboursement</i>	€ 970,98	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.165,17	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 194,19	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 970,98

Conditions de remboursement : L-§09

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

165896 - 165900 Composant fémoral unicondylaire pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34002

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.201,22	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.441,46	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 240,24	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 1.201,22

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.1.2 Bicondytaire

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

165911 - 165922 Composant fémoral bicondytaire, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34003

Base de remboursement € 1.281,30 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.537,56 *Marge de sécurité (€)* € 256,26 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.281,30

Conditions de remboursement : L-§09

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

165933 - 165944 Composant fémoral bicondytaire pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34004

Base de remboursement € 1.281,30 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.537,56 *Marge de sécurité (€)* € 256,26 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.281,30

Conditions de remboursement : L-§09

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

165955 - 165966 Composant fémoral bicondytaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34005

Base de remboursement € 1.401,42 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.681,70 *Marge de sécurité (€)* € 280,28 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.401,42

Conditions de remboursement : L-§09

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

165970 - 165981 Composant fémoral bicondytaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34006

Base de remboursement € 1.401,42 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.681,70 *Marge de sécurité (€)* € 280,28 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.401,42

Conditions de remboursement : L-§09

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

165992 - 166003 Composant fémoral bicondytaire pour révision, pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34007

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.501,52	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.801,82	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 300,30	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.501,52

Conditions de remboursement : L-§09,L-§14

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

166014 - 166025	Composant fémoral contraint bicondylaire pour révision, pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34008		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.601,62	<i>Marge de sécurité (%)</i>	30,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 2.082,10	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 480,48	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.601,62

Conditions de remboursement : L-§09,L-§14

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

166036 - 166040	Composant fémoral bicondylaire pour révision, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34009		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.501,52	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.801,82	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 300,30	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.501,52

Conditions de remboursement : L-§09,L-§14

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

166051 - 166062	Composant fémoral contraint bicondylaire pour révision, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34010		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.601,62	<i>Marge de sécurité (%)</i>	30,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 2.082,10	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 480,48	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.601,62

Conditions de remboursement : L-§09,L-§14

L.2.2.2.1.3 Prothèse à charnière

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

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 nominative :	34011		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.987,01	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 2.384,41	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 397,40	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.987,01

Conditions de remboursement : L-§09

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.2.1.4 Bicompartimental

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
166095 - 166106	Composant fémoral d'une prothèse bicompartimentale, pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34012		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.201,22	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.441,46	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 240,24	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.201,22
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.2.1.5 Implant de surface

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
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 nominative :	34013		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.551,57	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.861,88	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 310,31	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.551,57
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§15				

L.2.2.2.2 Composants tibiaux

L.2.2.2.2.1 Unicondylaire

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
166132 - 166143	Composant tibial unicondylaire monobloc en polyéthylène				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34014		
<i>Base de remboursement</i>	€ 650,66	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 780,79	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 130,13	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 650,66
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
166154 - 166165	Composant tibial unicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34015		
<i>Base de remboursement</i>	€ 650,66	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 780,79	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 130,13	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 650,66
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§08				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
166176 - 166180	Composant tibial unicondylaire monobloc metal-backed, pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34016		

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 400,41

Conditions de remboursement : L-§09

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

166191 - 166202 Composant tibial unicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34017

<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	----------	------------------------------	--------	-------------------------------------	-------

<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
---------------------	----------	------------------------------	---------	-------------------------------------	--------

Montant du remboursement € 400,41

Conditions de remboursement : L-§09

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

166213 - 166224 Embase tibiale unicondylaire pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34018

<i>Base de remboursement</i>	€ 650,66	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	----------	------------------------------	--------	-------------------------------------	-------

<i>Prix maximum</i>	€ 780,79	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 130,13	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
---------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------------------------	--------

Montant du remboursement € 650,66

Conditions de remboursement : L-§09

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

166235 - 166246 Embase tibiale unicondylaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34019

<i>Base de remboursement</i>	€ 700,71	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	----------	------------------------------	--------	-------------------------------------	-------

<i>Prix maximum</i>	€ 840,85	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 140,14	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
---------------------	----------	------------------------------	----------	-------------------------------------	--------

Montant du remboursement € 700,71

Conditions de remboursement : L-§09

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

166250 - 166261 Insert unicondylaire en polyéthylène

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34020

<i>Base de remboursement</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
------------------------------	----------	------------------------------	--------	-------------------------------------	-------

<i>Prix maximum</i>	€ 360,36	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 60,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
---------------------	----------	------------------------------	---------	-------------------------------------	--------

Montant du remboursement € 300,30

Conditions de remboursement : L-§09

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

166272 - 166283 Insert unicondylaire en polyéthylène highly cross-linked

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34021		
<i>Base de remboursement</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 360,36	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 60,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 300,30
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§08				

L.2.2.2.2.2 Bicondylaire

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
166294 - 166305	Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34022		
<i>Base de remboursement</i>	€ 325,33	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 390,39	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 65,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 325,33
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
166316 - 166320	Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34023		
<i>Base de remboursement</i>	€ 325,33	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 390,39	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 65,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 325,33
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§08				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
166331 - 166342	Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34024		
<i>Base de remboursement</i>	€ 897,91	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.077,49	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 179,58	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 897,91
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
166353 - 166364	Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34025		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.121,14	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.345,36	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 224,22	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.121,14
Conditions de remboursement :	L-§09				

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166375 - 166386	Embase tibiale bicondyalaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34026
<i>Base de remboursement</i>	€ 800,81	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 960,97	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 160,16 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 800,81
Conditions de remboursement :	L-§09	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166390 - 166401	Embase tibiale bicondyalaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34027
<i>Base de remboursement</i>	€ 800,81	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 960,97	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 160,16 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 800,81
Conditions de remboursement :	L-§09	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166412 - 166423	Embase tibiale bicondyalaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34028
<i>Base de remboursement</i>	€ 950,96	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.141,15	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 190,19 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 950,96
Conditions de remboursement :	L-§09	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166434 - 166445	Embase tibiale bicondyalaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34029
<i>Base de remboursement</i>	€ 950,96	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.141,15	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 190,19 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 950,96
Conditions de remboursement :	L-§09	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166456 - 166460	Insert bicondyalaire en polyéthylène	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34030
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166471 - 166482	Insert bicondyalaire en polyéthylène highly cross-linked	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34031
<i>Base de remboursement</i>	€ 450,46	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 540,55	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 90,09 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 450,46
Conditions de remboursement : L-§09,L-§08		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166493 - 166504	Insert bicondyalaire contraint en polyéthylène	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34032
<i>Base de remboursement</i>	€ 550,56	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 660,67	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 110,11 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 550,56
Conditions de remboursement : L-§09		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166515 - 166526	Insert bicondyalaire contraint en polyéthylène highly cross-linked	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34033
<i>Base de remboursement</i>	€ 550,56	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 660,67	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 110,11 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 550,56
Conditions de remboursement : L-§09,L-§08		

L.2.2.2.2.3 Bicondyalaire (pour révision)

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166530 - 166541	Embase tibiale bicondyalaire pour révision, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34034
<i>Base de remboursement</i>	€ 900,91	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.081,09	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 180,18 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 900,91
Conditions de remboursement : L-§09,L-§14		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166552 - 166563	Embase tibiale bicondyalaire pour révision, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34035
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.001,02	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Prix maximum</i>	€ 1.201,22	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 200,20	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.001,02

Conditions de remboursement : L-§09,L-§14

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

166574 - 166585 Insert en polyéthylène bicondylaire pour révision

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34036

Base de remboursement € 500,51 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 600,61 *Marge de sécurité (€)* € 100,10 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 500,51

Conditions de remboursement : L-§09,L-§14

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

166596 - 166600 Insert bicondylaire en polyéthylène highly cross-linked, pour révision

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34037

Base de remboursement € 500,51 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 600,61 *Marge de sécurité (€)* € 100,10 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 500,51

Conditions de remboursement : L-§09,L-§14,L-§08

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

166611 - 166622 Insert en polyéthylène contraint bicondylaire, pour révision

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34038

Base de remboursement € 550,56 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 660,67 *Marge de sécurité (€)* € 110,11 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 550,56

Conditions de remboursement : L-§09,L-§14

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

166633 - 166644 Insert en polyéthylène highly cross-linked contraint bicondylaire, pour révision

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34039

Base de remboursement € 550,56 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 660,67 *Marge de sécurité (€)* € 110,11 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 550,56

Conditions de remboursement : L-§09,L-§14,L-§08

L.2.2.2.4 Composant tibial de prothèse à charnière modulaire

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

166655 - 166666 Composant tibial d'une prothèse à charnière modulaire monobloc metal-backed, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34040		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.376,40	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.651,68	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 275,28	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.376,40
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
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 nominative :	34041		
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.201,22	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.441,46	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 240,24	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.201,22
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
166692 - 166703	Insert en polyéthylène d'une prothèse à charnière modulaire				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34042		
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 400,41
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
166714 - 166725	Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse à charnière modulaire				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34043		
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 400,41
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§08				

L.2.2.2.5 Bicompartimental

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014		NOUVEAU
166736 - 166740	Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34044		
<i>Base de remboursement</i>	€ 325,33	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 390,39	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 65,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 325,33
Conditions de remboursement :	L-§09				

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166751 - 166762	Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène highly cross-linked	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34045
<i>Base de remboursement</i>	€ 325,33	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 390,39	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 65,06 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 325,33
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§08	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166773 - 166784	Embase tibiale d'une prothèse bicompartimentale, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34046
<i>Base de remboursement</i>	€ 800,81	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 960,97	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 160,16 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 800,81
Conditions de remboursement :	L-§09	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34047
<i>Base de remboursement</i>	€ 950,96	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.141,15	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 190,19 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 950,96
Conditions de remboursement :	L-§09	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166810 - 166821	Insert en polyéthylène d'une prothèse bicompartimentale	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34048
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41
Conditions de remboursement :	L-§09	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
166832 - 166843	Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse bicompartimentale	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34049
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09,L-§08

L.2.2.2.3 Spacer

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

166854 - 166865 Spacer en ciment imprégné d'antibiotique

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34050

Base de remboursement € 720,73 *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 792,80 *Marge de sécurité (€)* € 72,07 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 720,73

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.4 Composants fémoro-patellaires

L.2.2.2.4.1 Trochlée

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

166876 - 166880 Trochlée pour un placement avec ciment

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34051

Base de remboursement € 1.016,03 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.219,23 *Marge de sécurité (€)* € 203,20 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.016,03

Conditions de remboursement : L-§09

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

166891 - 166902 Trochlée pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34052

Base de remboursement € 1.343,36 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.612,03 *Marge de sécurité (€)* € 268,67 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 1.343,36

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.4.2 Rotule

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

166913 - 166924 Rotule en polyéthylène

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34053

Base de remboursement € 190,19 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 228,22 *Marge de sécurité (€)* € 38,03 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 190,19

Conditions de remboursement : L-§09

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

166935 - 166946 Rotule en polyéthylène highly cross-linked

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34054		
<i>Base de remboursement</i>	€ 205,21	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 246,25	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 41,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 205,21
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§08				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
166950 - 166961	Rotule mobile metal-backed, pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34055		
<i>Base de remboursement</i>	€ 340,35	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 408,42	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 68,07	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 340,35
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
166972 - 166983	Rotule fixe metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34056		
<i>Base de remboursement</i>	€ 340,35	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 408,42	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 68,07	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 340,35
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
166994 - 167005	Rotule mobile metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34057		
<i>Base de remboursement</i>	€ 370,38	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 444,45	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 74,07	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 370,38
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.2.5 Prothèse à charnière

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
167016 - 167020	Prothèse totale de genou à charnière, pour un placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34058		
<i>Base de remboursement</i>	€ 3.053,10	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 3.663,72	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 610,62	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 3.053,10
Conditions de remboursement :	L-§09				

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

167031 - 167042	Charnière pour prothèse modulaire, pour placement avec ciment				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :		34059	
<i>Base de remboursement</i>	€ 2.902,94	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 3.483,52	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 580,58	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 2.902,94
Conditions de remboursement :	L-§09				

L.2.2.2.6 Tiges

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
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 nominative :		34060	
<i>Base de remboursement</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 360,36	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 60,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 300,30
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
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 nominative :		34061	
<i>Base de remboursement</i>	€ 350,36	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 420,43	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 70,07	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 350,36
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
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 nominative :		34062	
<i>Base de remboursement</i>	€ 512,52	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 615,02	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 102,50	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 512,52
Conditions de remboursement :	L-§09				

Date dernière modification :	1/07/2014	Date première publication :	1/07/2014	NOUVEAU	
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 nominative :		34063	
<i>Base de remboursement</i>	€ 512,52	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 615,02	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 102,50	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 512,52

Conditions de remboursement : L-§09

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

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 nominative :** 34064

Base de remboursement € 300,30 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 360,36 Marge de sécurité (€) € 60,06 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 300,30

Conditions de remboursement : L-§09

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

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 nominative :** 34065

Base de remboursement € 350,36 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 420,43 Marge de sécurité (€) € 70,07 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 350,36

Conditions de remboursement : L-§09

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

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 nominative :** 34066

Base de remboursement € 560,57 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 672,68 Marge de sécurité (€) € 112,11 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 560,57

Conditions de remboursement : L-§09

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

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 nominative :** 34067

Base de remboursement € 560,57 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 672,68 Marge de sécurité (€) € 112,11 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 560,57

Conditions de remboursement : L-§09

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

167215 - 167226 Tige pour une prothèse à charnière, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34068		
<i>Base de remboursement</i>	€ 575,58	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 690,69	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 115,11	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 575,58

Conditions de remboursement : L-§09

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

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 nominative :	34069		
<i>Base de remboursement</i>	€ 700,71	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 840,85	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 140,14	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 700,71

Conditions de remboursement : L-§09

L.2.2.2.7 Accessoires pour prothèses de genou

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

167252 - 167263 Coin ou cale fémorale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 360,36	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 60,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 300,30

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

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				
<i>Base de remboursement</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 360,36	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 60,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 300,30

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

167296 - 167300 Coin ou cale tibiale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce

Catégorie de remboursement :	I.B.a				
<i>Base de remboursement</i>	€ 370,38	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 444,45	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 74,07	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 370,38

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 370,38	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 444,45	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 74,07	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 370,38

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

167333 - 167344 Manchon tibial ou fémoral pour placement avec ciment, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 530,54	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 636,64	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 106,10	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 530,54

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

167355 - 167366 Manchon tibial ou fémoral, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 960,97	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.153,16	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 192,19	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 960,97

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

167370 - 167381 Vis osseuse, maximum quatre pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 40,04	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 44,04	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 4,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 40,04

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

167392 - 167403 Plug osseux, maximum deux pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 150,15	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 180,18	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 30,03	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 150,15

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.2.3 Cheville

L.2.2.3.1 Tibial

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167414 - 167425	Composant tibial pour placement avec ciment	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34101
<i>Base de remboursement</i>	€ 500,51	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 100,10 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 500,51
Conditions de remboursement :	L-§16	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167436 - 167440	Composant tibial, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34102
<i>Base de remboursement</i>	€ 850,86	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.021,03	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 170,17 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 850,86
Conditions de remboursement :	L-§16	

L.2.2.3.2 Talaire

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167451 - 167462	Composant talaire pour placement avec ciment	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34103
<i>Base de remboursement</i>	€ 525,53	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 630,63	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 105,10 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 525,53
Conditions de remboursement :	L-§16	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167473 - 167484	Composant talaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34104
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.001,02	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.201,22	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 200,20 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.001,02
Conditions de remboursement :	L-§16	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167495 - 167506	Insert talaire en polyéthylène	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34105

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 275,28	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 330,33	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 55,05	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 275,28

Conditions de remboursement : L-§16

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

167510 - 167521 Insert talaire en polyéthylène highly cross-linked

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34106

<i>Base de remboursement</i>	€ 275,28	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 330,33	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 55,05	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 275,28

Conditions de remboursement : L-§16

L.2.2.3.3 Accessoires pour prothèses de cheville

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

167532 - 167543 Vis osseuse, maximum 4 pièces, par pièce

Catégorie de remboursement : I.B.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 34,03	<i>Marge de sécurité (%)</i>	10,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 37,43	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 3,40	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 34,03

L.2.2.4 Pied

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

167554 - 167565 Hémiprothèse métatarso-phalangienne, pour l'ensemble des composants

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33721

<i>Base de remboursement</i>	€ 640,65	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 768,78	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 128,13	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 640,65

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

167576 - 167580 Prothèse d'interposition métatarso-phalangienne

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 33722

<i>Base de remboursement</i>	€ 485,49	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 582,58	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 97,09	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 485,49

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

167591 - 167602	Prothèse totale métatarso-phalangienne, pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33723			
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.431,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.717,74	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 286,29	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.431,45

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

167613 - 167624	Prothèse interphalangienne (orteil), pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33724			
<i>Base de remboursement</i>	€ 375,38	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 450,45	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 75,07	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 375,38

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

167635 - 167646	Prothèse interphalangienne (orteil) en silicone, pour l'ensemble des composants				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33725			
<i>Base de remboursement</i>	€ 280,28	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 336,33	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 56,05	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 280,28

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

167650 - 167661	Implant sub-talaire pour correction du pied plat				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 33726			
<i>Base de remboursement</i>	€ 425,43	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 510,51	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 85,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 425,43

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

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 nominative : 33727			
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.551,57	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.861,88	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 310,31	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 1.551,57

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

L.2.3 Prothèse de remplacement du cortex osseux

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167694 - 167705	Ensemble des éléments composant une prothèse de remplacement du cortex osseux	
Catégorie de remboursement :	I.F.a	
<i>Base de remboursement</i>	<i>CMD</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	<i>/</i>	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> CMD
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§17	

L.2.4 Prothèses articulaires sur mesure

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167716 - 167720	Prothèse sur mesure (confectionnée individuellement selon les différentes dimensions)	
Catégorie de remboursement :	I.F.a	
<i>Base de remboursement</i>	<i>CMD</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	<i>/</i>	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> CMD
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§18	

L.2.5 Divers

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167731 - 167742	Composant d'une prothèse articulaire, utilisé lors d'une révision	
Catégorie de remboursement :	I.F.a	
<i>Base de remboursement</i>	<i>CMD</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	<i>/</i>	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> CMD
Conditions de remboursement :	L-§09,L-§19	

L.3 Traumatologie et ostéosynthèse

L.3.1 Clou

L.3.1.1 Clou élastique

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167753 - 167764	Clou élastique	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34201
<i>Base de remboursement</i>	€ 80,08	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 96,09	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 16,01 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 80,08

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.1.2 Clou centromédullaire, verrouillable

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167775 - 167786	Clou huméral, centromédullaire verrouillable	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34202
<i>Base de remboursement</i>	€ 500,51	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 600,61	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 100,10 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 500,51
<hr/>		
Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167790 - 167801	Clou fémoral ou tibial, centromédullaire, verrouillable	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34203
<i>Base de remboursement</i>	€ 450,46	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 540,55	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 90,09 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 450,46
<hr/>		
Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167812 - 167823	Clou pour avant-bras, centromédullaire, verrouillable	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34204
<i>Base de remboursement</i>	€ 375,38	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 450,45	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 75,07 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 375,38
<hr/>		
Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34205
<i>Base de remboursement</i>	€ 650,66	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 780,79	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 130,13 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 650,66
<hr/>		
Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34206
<i>Base de remboursement</i>	€ 830,84	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 997,00	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 166,16 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 830,84

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167871 - 167882	Vis-clou canulé verrouillable	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34207
<i>Base de remboursement</i>	€ 385,39	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 462,46	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 77,07 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 385,39

L.3.1.3 Clou pour arthrodèse, centromédullaire verrouillable

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167893 - 167904	Clou simple pour arthrodèse du genou, centromédullaire, verrouillable	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34208
<i>Base de remboursement</i>	€ 800,81	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 960,97	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 160,16 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 800,81

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167915 - 167926	Clou assemblé pour arthrodèse du genou, centromédullaire, verrouillable	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34209
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.861,89	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 2.234,26	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 372,37 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.861,89

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167930 - 167941	Clou pour arthrodèse de la cheville, centromédullaire, verrouillable	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34210
<i>Base de remboursement</i>	€ 575,58	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 690,69	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 115,11 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 575,58

L.3.1.4 Clou centromédullaire pour allongement du membre

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
167952 - 167963	Clou simple centromédullaire pour allongement du membre	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34211

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 750,76	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 900,91	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 150,15	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 750,76

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
167974 - 167985	Clou assemblé centromédullaire pour allongement du membre		
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34212	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.651,67	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.982,00	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 330,33	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i> € 1.651,67

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
167996 - 168000	Clou centromédullaire dynamique pour allongement du fémur ou tibia		
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34213	
<i>Base de remboursement</i>	€ 5.605,68	<i>Marge de sécurité (%)</i> 0,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 5.605,68	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 0,00	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i> € 5.605,68
Conditions de remboursement :	L-§20		

L.3.1.5 Vis de verrouillage pour clou centromédullaire

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
168011 - 168022	Vis de verrouillage pour clou centromédullaire, y compris le mécanisme de verrouillage		
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34214	
<i>Base de remboursement</i>	€ 70,07	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 84,08	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 14,01	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i> € 70,07

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
168033 - 168044	Lame de verrouillage pour clou centromédullaire		
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34215	
<i>Base de remboursement</i>	€ 140,14	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 168,16	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 28,02	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i> € 140,14

L.3.1.6 Eléments de fixation et accessoires pour clou centromédullaire

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

168055 - 168066 Endcap pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34216

<i>Base de remboursement</i>	€ 58,06	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 69,67	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 11,61	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 58,06

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

168070 - 168081 Vis condyloire et écrou pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34217

<i>Base de remboursement</i>	€ 180,18	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 216,21	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 36,03	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 180,18

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

168092 - 168103 Washer pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34218

<i>Base de remboursement</i>	€ 50,05	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 60,06	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 10,01	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 50,05

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

168114 - 168125 Vis de compression pour clou centromédullaire

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34219

<i>Base de remboursement</i>	€ 65,07	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 78,08	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 13,01	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 65,07

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

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 nominative :** 34220

<i>Base de remboursement</i>	€ 58,06	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 69,67	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 11,61	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 58,06

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

L.3.2 Lame plaque

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
168151 - 168162	Lame plaque non-canulée	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34301
<i>Base de remboursement</i>	€ 245,25	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 294,30	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 49,05 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 245,25

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
168173 - 168184	Lame plaque canulée	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34302
<i>Base de remboursement</i>	€ 245,25	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 294,30	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 49,05 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 245,25

L.3.3 Vis, agrafe et broche

L.3.3.1 Vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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>	€ 27,03	<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> € 27,03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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>	€ 37,04	<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> € 37,04

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 37,04	<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>	€ 37,04

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 27,03	<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>	€ 27,03

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 100,10	<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>	€ 100,10

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

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 100,10	<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>	€ 100,10

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

168313 - 168324 Vis de compression sans tête (type « HERBERT ») non canulée, pour l'ensemble des composants, par vis

Catégorie de remboursement : I.D.a

<i>Base de remboursement</i>	€ 120,12	<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>	€ 120,12

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

168335 - 168346	Vis de compression sans tête (type « HERBERT ») canulée, pour l'ensemble des composants, par vis			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 140,14	<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>	€ 140,14

L.3.3.2 Accessoires pour vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014			NOUVEAU
168350 - 168361	Ecrou pour vis ou cheville d'ostéosynthèse, par pièce			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 27,03	<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>	€ 27,03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014			NOUVEAU
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			
<i>Base de remboursement</i>	€ 22,02	<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>	€ 22,02

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014			NOUVEAU
168394 - 168405	Spacer pour vis ou cheville d'ostéosynthèse , par pièce			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 12,01	<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>	€ 12,01

L.3.3.3 Agrafe

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014			NOUVEAU
168416 - 168420	Agrafe ligamentaire ou agrafe pour ostéosynthèse, sans mémoire de forme ou compression, par agrafe			
Catégorie de remboursement :	I.D.a			
<i>Base de remboursement</i>	€ 70,07	<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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 70,07

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
168431 - 168442	Agrafe ligamentaire ou agrafe pour ostéosynthèse, avec mémoire de forme ou compression, par agrafe	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
Base de remboursement	€ 130,13	Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 0,00
		Montant du remboursement € 130,13

L.3.3.4 Broche utilisée en tant qu'implant

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
168453 - 168464	Broche, avec ou sans filetage, quel que soit le diamètre, à l'exception des broches pour fixateur externe, par pièce	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
Base de remboursement	€ 16,02	Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix plafond/ maximum	/	Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 0,00
		Montant du remboursement € 16,02

L.3.4 Plaque d'ostéosynthèse

L.3.4.1 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34303
Base de remboursement	€ 400,41	Marge de sécurité (%) 20,00% / Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix maximum	€ 480,49	Marge de sécurité (€) € 80,08 / Intervention personnelle (€) € 0,00
		Montant du remboursement € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34304
Base de remboursement	€ 400,41	Marge de sécurité (%) 20,00% / Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix maximum	€ 480,49	Marge de sécurité (€) € 80,08 / Intervention personnelle (€) € 0,00
		Montant du remboursement € 400,41

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34305
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34306
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34307
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34308
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34309
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34310
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34311
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34312
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34313
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

L.3.4.2 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

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 nominative :	34314		
<i>Base de remboursement</i>	€ 525,53	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 630,63	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 105,10	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 525,53

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

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 nominative :	34315		
<i>Base de remboursement</i>	€ 525,53	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 630,63	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 105,10	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 525,53

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

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 nominative :	34316		
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 400,41

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

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 nominative :	34317		
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 400,41

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

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 nominative :	34318		
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 400,41

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34319
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
168814 - 168825	Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du poignet	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34320
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34321
<i>Base de remboursement</i>	€ 525,53	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 630,63	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 105,10 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 525,53

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34322
<i>Base de remboursement</i>	€ 525,53	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 630,63	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 105,10 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 525,53

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34323

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 445,45	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 534,54	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 89,09	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 445,45

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
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 nominative : 34324	
<i>Base de remboursement</i>	€ 445,45	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 534,54	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 89,09	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i> € 445,45

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
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 nominative : 34325	
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 480,49	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 80,08	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

L.3.4.3 Plaque d'ostéosynthèse à localisation anatomique

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
168932 - 168943	Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour clavicule, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire		
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34326	
<i>Base de remboursement</i>	€ 160,16	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 192,19	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 32,03	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i> € 160,16

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU	
168954 - 168965	Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour clavicule, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire		
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34327	
<i>Base de remboursement</i>	€ 525,53	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 630,63	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 105,10	<i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
			<i>Montant du remboursement</i> € 525,53

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
168976 - 168980	Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour l'omoplate	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34328
<i>Base de remboursement</i>	€ 525,53	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 630,63	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 105,10 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 525,53

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
168991 - 169002	Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour apophyse coronoïde	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34329
<i>Base de remboursement</i>	€ 525,53	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 630,63	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 105,10 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 525,53

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169013 - 169024	Implant pour correction du thorax en entonnoir (Pectus Excavatum)	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34330
<i>Base de remboursement</i>	€ 900,91	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.081,09	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 180,18 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 900,91

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169035 - 169046	Plaque d'ostéosynthèse pour reconstruction du bassin	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34331
<i>Base de remboursement</i>	€ 160,16	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 192,19	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 32,03 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 160,16

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169050 - 169061	Barres sacrales, y compris tous les éléments de fixation	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34332
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.001,02	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 1.201,22	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 200,20 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.001,02

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

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

169072 - 169083 Plaque pour trochanter spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34333

Base de remboursement € 900,91 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 1.081,09 *Marge de sécurité (€)* € 180,18 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 900,91

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

169094 - 169105 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour calcaneum

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34334

Base de remboursement € 310,31 *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Prix maximum € 372,37 *Marge de sécurité (€)* € 62,06 *Intervention personnelle (€)* € 0,00

Montant du remboursement € 310,31

L.3.4.4 Plaque d'ostéosynthèse non préformée

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

169116 - 169120 Plaque d'ostéosynthèse pour diaphyse ou plaque d'ostéosynthèse rectangulaire, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 145,15 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 145,15

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

169131 - 169142 Plaque d'ostéosynthèse pour diaphyse ou plaque d'ostéosynthèse rectangulaire, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, y compris tous les éléments permettant ce verrouillage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 195,20 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 195,20

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

169153 - 169164 Plaque de forme spéciale pour extrémité des os, permettant ou non un verrouillage

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 80,08 *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Prix plafond/ maximum / Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 0,00
Montant du remboursement € 80,08

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

169175 - 169186 Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour extrémités (main, pied, poignet, cheville), à l'exception du calcaneum

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 150,15 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement € 150,15

L.3.4.5 Plaque périprothétique

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

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 nominative :** 34335

Base de remboursement € 750,76 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 900,91 Marge de sécurité (€) € 150,15 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 750,76

Conditions de remboursement : L-§21

L.3.5 Système de plaque à compression dynamique

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

169212 - 169223 Plaque de compression pour DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34336

Base de remboursement € 350,36 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 420,43 Marge de sécurité (€) € 70,07 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 350,36

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

169234 - 169245 Plaque de compression pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement : I.C.a **Liste nominative :** 34337

Base de remboursement € 300,30 Marge de sécurité (%) 20,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum € 360,36 Marge de sécurité (€) € 60,06 Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 300,30

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

169256 - 169260 Plaque permettant un verrouillage à stabilité angulaire (locking plate) pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34338		
<i>Base de remboursement</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 360,36	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 60,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 300,30

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

169271 - 169282 Plaque de stabilisation du trochanter pour DHS (Dynamic Hip System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34339		
<i>Base de remboursement</i>	€ 250,25	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 50,05	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 250,25

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

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 nominative :	34340		
<i>Base de remboursement</i>	€ 425,43	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 510,51	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 85,08	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 425,43

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

169315 - 169326 Vis de compression pour DHS (Dynamic Hip System)/DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34341		
<i>Base de remboursement</i>	€ 20,02	<i>Marge de sécurité (%)</i>	20,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 24,02	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 4,00	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 20,02

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

169330 - 169341 Vis de blocage pour DHS (Dynamic Hip System)/DCS (Dynamic Condylar System)

Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative :	34342		
<i>Base de remboursement</i>	€ 150,15	<i>Marge de sécurité (%)</i>	40,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 210,21	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 60,06	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 150,15

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169352 - 169363	Ancre cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou ancre condyloire pour DCS (Dynamic Condylar System)	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34343
<i>Base de remboursement</i>	€ 140,14	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 168,16	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 28,02 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 140,14

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169374 - 169385	Vis cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou vis condyloire pour DCS (Dynamic Condylar System)	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34344
<i>Base de remboursement</i>	€ 140,14	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 168,16	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 28,02 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 140,14

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34345
<i>Base de remboursement</i>	€ 250,25	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 50,05 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 250,25

L.4 Arthroscopie

L.4.1 Ancre, vis d'interférence et implant d'ancrage

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169411 - 169422	Ancre, seule ou dans un kit, non-résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34401
<i>Base de remboursement</i>	€ 175,18	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 210,21	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 35,03 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 175,18

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169433 - 169444	Ancre, seule ou dans un kit, résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34402
<i>Base de remboursement</i>	€ 205,21	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Prix maximum</i>	€ 246,25	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 41,04	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 205,21

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

169455 - 169466	Vis d'interférence, non-résorbable				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34403			
<i>Base de remboursement</i>	€ 90,09	<i>Marge de sécurité (%)</i>	120,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 198,19	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 108,10	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 90,09

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

169470 - 169481	Vis d'interférence, résorbable				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34404			
<i>Base de remboursement</i>	€ 120,12	<i>Marge de sécurité (%)</i>	120,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 264,26	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 144,14	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 120,12

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

169492 - 169503	Implant d'ancrage pour réparation des ligaments et tendons (à l'exception des vis d'interférence et agrafes), non-résorbable				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34405			
<i>Base de remboursement</i>	€ 185,19	<i>Marge de sécurité (%)</i>	80,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 333,34	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 148,15	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 185,19

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

169514 - 169525	Implant d'ancrage pour réparation des ligaments et tendons (à l'exception des vis d'interférence et agrafes), résorbable				
Catégorie de remboursement :	I.C.a	Liste nominative : 34406			
<i>Base de remboursement</i>	€ 205,21	<i>Marge de sécurité (%)</i>	80,00%	<i>Intervention personnelle (%)</i>	0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 369,37	<i>Marge de sécurité (€)</i>	€ 164,16	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 205,21

L.4.2 Matériel de consommation

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

169536 - 169540	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 283194 -283205 de la nomenclature		
Catégorie de remboursement :	II.D.d		
<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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> € 82,39
			<i>Montant du remboursement</i> € 67,42
Conditions de remboursement :	L-§22		

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169551 - 169562	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275295 -275306 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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> € 82,39
		<i>Montant du remboursement</i> € 67,42
Conditions de remboursement :	L-§22	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169573 - 169584	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 283312 - 283323 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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> € 82,39
		<i>Montant du remboursement</i> € 67,42
Conditions de remboursement :	L-§22	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169595 - 169606	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275472 -275483 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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> € 82,39
		<i>Montant du remboursement</i> € 67,42
Conditions de remboursement :	L-§22	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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> € 82,39
		<i>Montant du remboursement</i> € 67,42

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§22

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 82,39
		<i>Montant du remboursement</i> € 67,42
Conditions de remboursement :	L-§22	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 82,39
		<i>Montant du remboursement</i> € 67,42
Conditions de remboursement :	L-§22	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 82,39
		<i>Montant du remboursement</i> € 67,42
Conditions de remboursement :	L-§22	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169691 - 169702	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275273 -275284 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	
<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 55,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 82,39
		<i>Montant du remboursement</i> € 67,42
Conditions de remboursement :	L-§22	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169713 - 169724	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 277351 -277362 de la nomenclature	
Catégorie de remboursement :	II.D.d	

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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>	€ 82,39
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 67,42

Conditions de remboursement : L-§22

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

169735 - 169746 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 294114 – 294125 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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>	€ 82,39
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 67,42

Conditions de remboursement : L-§22

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

169750 - 169761 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 277336 – 277340 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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>	€ 82,39
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 67,42

Conditions de remboursement : L-§22

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

169772 - 169783 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 300296 – 300300 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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>	€ 82,39
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 67,42

Conditions de remboursement : L-§22

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

169794 - 169805 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 300311 - 300322 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

<i>Base de remboursement</i>	€ 149,81	<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>	€ 82,39
			<i>Montant du remboursement</i>	€ 67,42

Conditions de remboursement : L-§22

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

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

169816 - 169820 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 276636-276640 de la nomenclature

Catégorie de remboursement : II.D.d

Base de remboursement € 149,81 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 55,00%

Prix plafond/ maximum / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 82,39

Montant du remboursement € 67,42

Conditions de remboursement : L-§22

L.5 Fixateurs externes

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

169831 - 169842 Utilisation temporaire d'un système de fixation externe utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 275,28 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 275,28

Conditions de remboursement : L-§23

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

169853 - 169864 Broche pour fixateur externe pour main ou pied

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 7,01 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 7,01

Conditions de remboursement : L-§23

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

169875 - 169886 Broche pour fixateur externe, à l'exception des fixateurs pour main et pied

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 37,04 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 37,04

Conditions de remboursement : L-§23

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

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 nominative :** 34501

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

Prix plafond € 3.869,69 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* /

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : L-§24

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

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 nominative :** 34502

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

Prix plafond € 887,50 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* /

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : L-§24

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

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 nominative :** 34503

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

Prix plafond € 480,00 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* /

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : L-§24

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

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 nominative :** 34504

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

Prix plafond € 256,78 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* /

Montant du remboursement Liste Nom.

Conditions de remboursement : L-§24

L.6 Cranio-maxillo-facial

L.6.1 Plaques et vis pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire en matériel non-résorbable

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

169971 - 169982 Plaque jusqu'à dix trous - non résorbable

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 75,08 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

Montant du remboursement € 75,08

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
169993 - 170004	Plaque d'onze à vingt trous - non résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 90,09	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 90,09

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170015 - 170026	Plaque de plus de vingt trous - non résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 110,11	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 110,11

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170030 - 170041	Treillis, non-résorbable, jusqu'à 20 cm ² y compris, par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 25,03	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 25,03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170052 - 170063	Treillis, non-résorbable, de 20 cm ² à 100 cm ² , par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 8,01	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 8,01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170074 - 170085	Treillis, non-résorbable, 100 cm ² et plus, par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 3,00	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 3,00

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170096 - 170100	Vis non-résorbable, diamètre inférieur à 1,5 mm	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 20,02	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 20,02

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170111 - 170122	Vis non-résorbable, diamètre à partir de 1,5 mm et inférieur à 2,4 mm	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 20,02	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 20,02

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170133 - 170144	Vis non-résorbable, diamètre de 2,4 mm et plus	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 32,03	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 32,03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170155 - 170166	Washer	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 6,01	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 6,01

L.6.2 Plaques et vis pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire en matériel résorbable

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170170 - 170181	Plaque jusqu'à dix trous - résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 130,13	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 130,13

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170192 - 170203	Plaque d'onze à vingt trous - résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 200,20	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 200,20

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170214 - 170225	Plaque de plus de vingt trous - résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 235,24	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 235,24

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170236 - 170240	Treillis, résorbable, jusqu'à 20 cm ² y compris, par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 25,03	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 25,03

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170251 - 170262	Treillis, résorbable, de 20 cm ² à 100 cm ² , par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 12,01	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 12,01

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170273 - 170284	Treillis, résorbable, 100 cm ² et plus, par cm ²	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 7,01	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		Montant du remboursement € 7,01

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170295 - 170306	Vis en matériel résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 35,04	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 35,04

L.6.3 Plaques pour la reconstruction des parties spécifiques du visage et/ou mâchoire

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170310 - 170321	Plaque pour orbite - non résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 400,41	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 400,41

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170332 - 170343	Plaque pour orbite - résorbable	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 170,17	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 170,17

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170354 - 170365	Plaque, spécialement conçue pour la reconstruction de la mandibule	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 300,30	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 300,30

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 360,37	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€)</i>	/	<i>Intervention personnelle (€)</i>	€ 0,00
				<i>Montant du remboursement</i>	€ 360,37

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170391 - 170402	Plaque avec condyle, spécialement conçue pour la reconstruction de la mandibule	
Catégorie de remboursement :	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 820,83	<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> € 820,83

L.7 Substituts osseux

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34601
<i>Base de remboursement</i>	€ 200,20	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 240,24	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 40,04 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 200,20
Conditions de remboursement :	L-§25	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34602
<i>Base de remboursement</i>	€ 120,12	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 144,14	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 24,02 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 120,12
Conditions de remboursement :	L-§25	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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 nominative : 34603
<i>Base de remboursement</i>	€ 200,20	<i>Marge de sécurité (%)</i> 20,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 240,24	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 40,04 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 200,20
Conditions de remboursement :	L-§25	

Liste

L. Orthopédie et traumatologie

L.8 Divers

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170472 - 170483	Ciment - avec ou sans antibiotique - utilisé lors du placement d'une prothèse articulaire - par 20 g	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 33,03	<i>Marge de sécurité (%)</i> 10,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 36,33	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 3,30 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 33,03
Conditions de remboursement :	L-§26	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170494 - 170505	Obturateur diaphysaire utilisé lors du placement d'une tige cimentée d'une prothèse articulaire	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 20,02	<i>Marge de sécurité (%)</i> 100,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 40,04	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 20,02 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 20,02

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
170516 - 170520	Matériel de cerclage, par câble ou par fil	
Catégorie de remboursement :	I.B.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 34,03	<i>Marge de sécurité (%)</i> 10,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 37,43	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 3,40 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 34,03
Conditions de remboursement :	L-§27	

Date dernière modification : 1/07/2014	Date première publication : 1/07/2014	NOUVEAU
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	
<i>Base de remboursement</i>	€ 100,10	<i>Marge de sécurité (%)</i> 45,00% <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix maximum</i>	€ 145,14	<i>Marge de sécurité (€)</i> € 45,04 <i>Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 100,10
Conditions de remboursement :	L-§27	

Conditions de remboursement

L-501

Prestation(s) liée(s) :

162971 - 162982

162993 - 163004

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 162971-162982 et 162993-163004 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

A. Fractures avec tassement ostéoporotique

"single level" ou "multi-level", et inférieures à T5, sans compression neurologique et sans signe de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :

a) douleurs persistantes de plus de huit semaines et liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant huit semaines au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur; l'intervention doit cependant avoir lieu endéans une période de quatre mois après que la fracture tassement a été constatée de façon objective pour la première fois à moins qu'une progression de la fracture n'ait été démontrée;

et

b) la perte de hauteur se situe entre 20 % et 60 %;

et

c) le mur dorsal est maintenu;

et

d) présence d'un oedème osseux;

et

e) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3.;

Ainsi qu'à l'un des critères suivants :

f) chez un homme :

- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie ;

ou

- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -1 au niveau de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie;

ou

g) chez une femme avec une ostéoporose induite par des glucocorticoïdes, qui est traitée de longue durée (plus de trois mois) avec une dose orale journalière de 7,5 mg de prednisone ou équivalent, administrée dans le cadre d'une indication scientifique reconnue :

- soit la bénéficiaire doit être ménopausée sans substitution hormonale;

ou

- soit la bénéficiaire doit présenter un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -1.5 mesuré au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie;

ou

h) chez une femme ménopausée : soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

B. Fractures tassement causée par un myélome multiple de Kahler, sans compression neurologique et sans signes de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :

a) douleurs persistantes de plus de six semaines liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant six semaines au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur;

et

b) le mur dorsal est maintenu;

et

c) présence d'un oedème osseux;

et

d) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3.

Pour les indications reprises sous A et B, le diagnostic est posé sur la base des examens suivants :

- RX face et profil
- et IRM ou en cas de contre-indication, un CT-scan
- et scintigraphie osseuse sans SPECT
- et, en cas de fractures avec tassement ostéoporotique, un DEXA-scan.

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 162971-162982 ne peut être attestée qu'une fois par séjour.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§02

Prestation(s) liée(s) :

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

L-503

Prestation(s) liée(s) :

163074 - 163085
163096 - 163100
163111 - 163122
163133 - 163144
163155 - 163166
163170 - 163181
163192 - 163203
163214 - 163225
163236 - 163240
163251 - 163262
163273 - 163284
163295 - 163306
163310 - 163321
163332 - 163343
163354 - 163365
163376 - 163380
163391 - 163402
163413 - 163424
163435 - 163446
163450 - 163461
163472 - 163483
163494 - 163505
163516 - 163520
163531 - 163542
163553 - 163564
163575 - 163586
163590 - 163601
163612 - 163623
163634 - 163645
163656 - 163660
163671 - 163682
163693 - 163704
163715 - 163726
163730 - 163741
163752 - 163763
163774 - 163785
163796 - 163800
163811 - 163822
163833 - 163844
163855 - 163866
163870 - 163881
163892 - 163903
163914 - 163925
163936 - 163940
163951 - 163962
163973 - 163984
163995 - 164006
164010 - 164021

164032 - 164043

164054 - 164065

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants dynamiques de 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

Les prestations 163892-163903 et 163914-163925 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 repris sur les listes nominatives des prestations 163892-163903 et 163914-163925 sont des implants permettant une connexion longitudinale entre des points d'ancrage pédiculaire sur deux vertèbres successives ou plus, et où, au minimum sur un niveau, une mobilité est permise avec l'intention de ne pas fusionner.

Sur les listes nominatives des prestations de la colonne vertébrale pour stabilisation postérieure longitudinale dynamique ou hybride, l'ensemble du système (tige et implant d'ancrage) doit être inscrit sous les prestations 163892-163903, 163914-163925, 163936-163940, 163951-163962 et 163973-163984.

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

Les prestations relatives aux implants de la colonne vertébrale ne peuvent pas être attestées lors du placement d'un implant interrépoux.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§04

Prestation(s) liée(s) :

163376 - 163380

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tiges de la colonne vertébrale pour fixation à l'occiput, 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 les implants de la prestation 163376-163380, le prix qui figure sur la liste nominative se base sur une construction maximaliste. Le nombre de vis pouvant varier selon le type de construction réalisée, il faut facturer le nombre de vis réellement utilisé lors de l'intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-505

Prestation(s) liée(s) :

163656 - 163660

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 163656-163660 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 repris sur la liste nominative de la prestation 163656-163660 sont des plaques fixées sur les corps vertébraux et permettant la fusion de deux vertèbres au minimum.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§06

Prestation(s) liée(s) :

164113 - 164124
164135 - 164146
164150 - 164161
164172 - 164183
164194 - 164205
164216 - 164220
164231 - 164242
164253 - 164264
164275 - 164286
164290 - 164301
164312 - 164323

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 164194-164205 et 164216-164220 ne sont pas cumulables avec les prestations 164113-164124, 164135-164146, 164150-164161, 164172-164183, 164253-164264, 164290-164301, 164275-164286 et 164312-164323.

5.2. Autres règles

La prestation 164231-164242 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§07

Prestation(s) liée(s) :

164356 - 164360

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 164356-164360 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§08

Prestation(s) liée(s) :

164452 - 164463
164496 - 164500
164555 - 164566
165535 - 165546
165572 - 165583
165631 - 165642
166154 - 166165
166272 - 166283
166316 - 166320
166471 - 166482
166515 - 166526
166596 - 166600
166633 - 166644
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, 166515-166526, 166633-166644, 166596-166600, 166714-166725, 166751-166762, 166832-166843 et 166935-166946 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition

Les dispositifs composés de "polyéthylène highly cross-linked", sont des dispositifs dont le procédé de fabrication correspond à la définition suivante : "rayonnement ionisant du polyéthylène de 5 Mrad/50kGy minimum, suivi d'un procédé visant l'élimination des radicaux libres."

3.2.Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§09

Prestation(s) liée(s) :

165093 - 165104
165115 - 165126
165130 - 165141
165152 - 165163
165174 - 165185
165196 - 165200
165211 - 165222
165233 - 165244
165255 - 165266
165270 - 165281
165292 - 165303
165314 - 165325
165336 - 165340
165351 - 165362
165373 - 165384
165395 - 165406
165410 - 165421
165432 - 165443
165454 - 165465
165476 - 165480
165491 - 165502
165513 - 165524
165535 - 165546
165550 - 165561
165572 - 165583
165594 - 165605
165616 - 165620
165631 - 165642
165653 - 165664
165675 - 165686
165690 - 165701
165712 - 165723
165734 - 165745
165756 - 165760
165771 - 165782
165874 - 165885
165896 - 165900
165911 - 165922

165933 - 165944
165955 - 165966
165970 - 165981
165992 - 166003
166014 - 166025
166036 - 166040
166051 - 166062
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
166456 - 166460
166471 - 166482
166493 - 166504
166515 - 166526
166530 - 166541
166552 - 166563
166574 - 166585
166596 - 166600
166611 - 166622
166633 - 166644
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

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux prothèses articulaires du genou et de la hanche, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

L'intervention de l'assurance pour une prothèse articulaire du genou ainsi que pour une prothèse articulaire de la hanche ne peut être accordée qu'après que le formulaire L-Form-I-2 ait été complété par le médecin-spécialiste implanteur via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement, et de validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises au " Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie (BVOT)", à la "Société Royale Belge de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SORBCOT)" et à la Commission, sont établies par la BVOT, la SORBCOT, la Commission et le Service des soins de santé.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

La BVOT/SORBCOT fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

7. Divers

Pas d'application

L-§10

Prestation(s) liée(s) :

165174 - 165185
165196 - 165200
165211 - 165222
165233 - 165244
165756 - 165760

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tiges de révision des prothèses de hanche, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Pas d'obligation administrative

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Après implantation, une dérogation en cas d'utilisation de ces tiges en première implantation peut cependant être accordée par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant a dérogation demandée et rédigé par le médecin spécialiste implanteur.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les tiges pour prothèses de hanche visées aux prestations 165174-165185, 165196-165200, 165211-165222, 165233-165244 et 165756-165760 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'en cas de révision.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§11

Prestation(s) liée(s) :

165255 - 165266

165270 - 165281

165292 - 165303

165314 - 165325

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tiges de reconstruction des prothèses de hanche, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 165255-165266, 165270-165281, 165292-165303 et 165314-165325 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

3.1. Définition

- Elles sont destinées à être utilisées après une ostéotomie trochantérodiaphysaire pour remplacer le cortex osseux, lorsque celui-ci a été retiré de manière circulaire au niveau métaphysaire et/ou diaphysaire, entraînant une interruption de la continuité osseuse
ou
- Elles possèdent une longueur minimale de 25 cm une fois toutes les parties de la tiges assemblées et possèdent un ancrage diaphysaire stable.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§12

Prestation(s) liée(s) :

165373 - 165384

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 165373-165384 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§13

Prestation(s) liée(s) :

165815 - 165826

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux accessoires acétabulaires en prévention d'une luxation, 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

La prestation 165815-165826 ne peut être attestée qu'en cas de révision.

5.3. Dérogation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§14

Prestation(s) liée(s) :

165992 - 166003

166014 - 166025

166036 - 166040

166051 - 166062

166530 - 166541

166552 - 166563

166574 - 166585

166596 - 166600

166611 - 166622

166633 - 166644

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux composants de révision 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

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

Pas d'obligation administrative

4.2. Remplacement

Pas d'obligation administrative

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Après implantation, une dérogation en cas d'utilisation de ces tiges en première implantation peut cependant être accordée par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant a dérogation demandée et rédigé par le médecin spécialiste implanteur.

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les composants d'une prothèse de genou visés aux prestations 165992-166003, 166014-166025, 166036-166040, 166051-166062, 166633-166644, 166530-166541, 166552-166563, 166574-166585, 166596-166600 et 166611-166622 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'en cas de révision.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§15

Prestation(s) liée(s) :

166110 - 166121

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 166110-166121 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§16

Prestation(s) liée(s) :

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

L-§17

Prestation(s) liée(s) :

167694 - 167705

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 et au médecin-conseil. La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 167694-167705 couvre l'ensemble des éléments composant la prothèse. Aucune autre prestation de la liste, relative aux prothèses articulaires, ne peut être cumulée avec la prestation 167694-167705.

5.2. Autres règles

Pas d'application

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§18

Prestation(s) liée(s) :

167716 - 167720

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses articulaires sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

La prestation 167716-167720 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

3.1. Définition

On entend par "éléments sur mesure" des éléments fabriqués spécifiquement suivant la prescription écrite du médecin spécialiste implanteur indiquant, sous la responsabilité de ce dernier, les caractéristiques de conception spécifiques et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé. Les éléments fabriqués suivant des méthodes de fabrication continue ou en série ne sont pas considérés comme des éléments sur mesure même s'ils nécessitent une adaptation.

3.2. Critères

Pas d'application

3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

4.1. Première implantation

La prestation 167716-167720 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande motivée.

Après implantation, cette demande est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil.

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

L-§19

Prestation(s) liée(s) :

167731 - 167742

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, via l'organisme assureur, 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

L-§20

Prestation(s) liée(s) :

167996 - 168000

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 et au médecin-conseil.

La demande doit comporter au minimum les éléments suivants :

- une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser une technique alternative (fixateur externe, compensation, raccourcissement chirurgical, ...) et

- une motivation pour l'utilisation d'un clou centromédullaire dynamique pour allongement des membres

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et endéans les soixante jours au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§21

Prestation(s) liée(s) :

169190 - 169201

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

La prestation 169190-169201 ne peut être attestée que si une tige prothétique est déjà en place.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§22

Prestation(s) liée(s) :

169536 - 169540
169551 - 169562
169573 - 169584
169595 - 169606
169610 - 169621
169632 - 169643
169654 - 169665
169676 - 169680
169691 - 169702
169713 - 169724
169735 - 169746
169750 - 169761
169772 - 169783
169794 - 169805
169816 - 169820

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors des interventions arthroscopiques, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les prestations arthroscopiques 169536-169540, 169551-169562, 169573-169584, 169595-169606, 169610-169621, 169632-169643, 169654-169665, 169676-169680, 169691-169702, 169713-169724, 169735-169746, 169750-169761, 169772-169783, 169794-169805 et 169816-169820 ne peuvent être attestées qu'une seule fois même lorsque l'intervention est bilatérale.

5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§23

Prestation(s) liée(s) :

169831 - 169842
169853 - 169864

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

Les prestations 169831-169842, 169853-169864 et 169875-169886 peuvent être attestées plusieurs fois à condition que les différents fixateurs soient placés à différents endroits du corps.

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§24

Prestation(s) liée(s) :

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

- arthrogyrose

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

4.1.1. Pour les indications 1., 2., 3. ou 4. reprises sous le point 2.:

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 notification, après implantation, de l'utilisation de ces dispositifs au médecin-conseil sur base du formulaire L-Form-I-7, 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 susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

4.1.2. Pour les indications 5. et 6. reprises sous le point 2.:

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 médecins-directeurs, après l'implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant la dérogation demandée et qui est transmis, dans un délai de soixante jours calendrier, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil.

Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser un fixateur externe classique tel que décrit par la prestation 169831-169842;

- une motivation pour l'utilisation d'un fixateur externe tridimensionnel;

- des données quantitatives concernant les déformations multiplanaires et/ou la déviation axiale (dont le nombre de degrés de déviation);

- des imageries confirmant les points repris ci-dessus.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et endéans les trente jours au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

4.2. Remplacement

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

4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

5. Règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§25

Prestation(s) liée(s) :

170413 - 170424

170435 - 170446

170450 - 170461

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

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 170413-170424, 170435-170446 et 170450-170461 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

Fracture récente (maximum trois mois) :

a) du calcaneus

ou

b) du plateau tibial

ou

c) de la tête humérale

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Le remboursement de la prestation 170413-170424 est limité à maximum deux conditionnements par intervention.

Le remboursement de la prestation 170435-170446 est limité à maximum un conditionnement par intervention.

Le remboursement de la prestation 170450-170461 est limité à maximum un conditionnement par intervention.

5.2. Autres règles

Les prestations 170413-170424, 170435-170446 et 170450-170461 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 275332-275343, 275354-275365, 275376-275380, 290474-290485, 290496-290500, 290533-290544 ou 291815-291826 .

5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§26

Prestation(s) liée(s) :

170472 - 170483

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au ciment utilisé lors du placement d'une prothèse articulaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

5. Règles d'attestation

5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

5.2. Autres règles

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de hanche est limitée à maximum six unités de 20 g.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse d'épaule est limitée à maximum trois unités de 20 g.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de cheville est limitée à maximum une unité de 20 g.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de genou est limitée à maximum six unités de 20 g.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse d'extrémité est limitée à maximum deux unités de 20 g.

Le poids du ciment de la prestation 170472-170483 est calculé en prenant en compte uniquement la poudre sèche. Les solvants n'entrent pas en ligne de compte. Il ne s'agit donc pas du poids du mélange.

5.3. Dérogation

Pas d'application

6. Résultats et statistiques

Pas d'application

7. Divers

Pas d'application

L-§27

Prestation(s) liée(s) :

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