## Introduction

Le 1er avril 2021, la manière dont le matériel de stomie est remboursé change. Les patients recevront un portefeuille virtuel, un budget virtuel avec lequel le patient peut se procurer les dispositifs de stomie qui lui sont nécessaires. Le portefeuille est approvisionné tous les 3 mois.

Le médecin prescripteur détermine le profil du patient, en considérant sa situation spécifique et ses besoins. Le budget peut donc varier d’un patient à l’autre. Le portefeuille se rapproche ainsi le plus possible de leur réalité.



Pour le portefeuille, on distingue :

* la phase d’apprentissage : les trois premiers mois à partir de la 1ère délivrance en ambulatoire après chaque intervention chirurgicale sur une stomie et/ou une fistule. Pendant cette période, le budget est légèrement plus élevé. Le patient peut ainsi découvrir ce qu’il préfère utiliser et on tient compte des petits accidents qui peuvent survenir lors de l’apprentissage de l’utilisation.
* la phase de suivi : la période stable à partir du 4ème mois. Les patients ayant reçu du matériel de stomie avant le 1er avril 2021 sont directement en phase de suivi.

Le portefeuille peut, si nécessaire, être adapté grâce à une prescription médicale si :

* le patient a besoin de systèmes convexes ou concaves.
* des situations exceptionnelles se produisent (comme par exemple une augmentation du volume de l’excrétion).

Des interventions spécifiques sont prévues pour le matériel d’irrigation.

**Conditions générales de remboursement**

Le patient a droit à une intervention maximale de l’assurance par période, par stomie ou fistule du système digestif ou des voies urinaires, nécessitant un appareillage distinct.

Seuls les dispositifs de stomie qui sont repris sur la liste des produits admis au remboursement entrent en ligne de compte pour une intervention de l’assurance. Tous les dispositifs de stomie figurant sur cette liste peuvent être combinés entre eux.

Seul le matériel de stomie délivré personnellement par le bandagiste agréé au patient entre en ligne de compte pour une intervention de l’assurance.

Le bandagiste agréé ne peut délivrer des dispositifs de stomie que pour une période de 3 mois maximum. Pendant le premier trimestre, il doit y avoir au minimum 2 contacts en face-à-face (présence physique) entre le patient et le bandagiste agréé.

**Utilisation de systèmes convexes/concaves**

Des interventions plus élévées sont prévues pour les patients qui ont besoin de systèmes cutanés convexes/concaves Ces interventions nécessitent une prescription médicale sur laquelle le médecin-prescripteur indique la nécessité de ce type de matériel.

* Les systèmes collecteurs convexes sont constitués d’une plaque cutanée incorporant une coquille convexe suffisamment solide pour maintenir la convexité sur la peau. Ils sont indiqués pour les stomies à fleur de peau ou pour les stomies rétractées ou pour les stomies situées dans les replis de la peau. La plaque convexe permet de maintenir la stomie au-dessus de la peau en compressant la peau pour un meilleur ajustement et pour réduire les risques de fuites.
* Les systèmes collecteurs concaves sont constitués d’une plaque cutanée à courbure concave et sont indiqués pour les protubérances de la peau autour de la stomie dues à une hernie ou une éventration ou à l’obésité. Les systèmes cutanés concaves permettent un meilleur ajustement et réduisent les risques de fuites.

Le médecin prescripteur motive la nécessité et détermine la période pour laquelle l’utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves est nécessaire. Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder un an.

**Situations exceptionnelles**

Des interventions plus élévées sont prévues pour les patients présentant l’une des situations suivantes :

1. des problèmes exceptionnels sur le plan clinique et/ou relatifs aux caractéristiques de la stomie ou de la fistule comme le type, la forme et la localisation;
2. une augmentation anormale des excrétions suite à une modification de consistance, fréquence ou de volume de celles-ci;
3. des problèmes exceptionnels au niveau des caractéristiques physiques ou des caractéristiques cutanées de la stomie ou de la fistule, comme la sensibilité, la prédisposition allergique et l’humidité de la peau.

Ces interventions nécessitent une prescription médicale motivée du médecin-prescripteur et ne peuvent être octroyées qu’à partir du 4ème mois à compter de la date de la première délivrance ambulatoire.

Le médecin prescripteur décrit la situation exceptionnelle et détermine la période pour laquelle l’utilisation de dispositifs de stomie est nécessaire. Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder 6 mois pour une première demande ou 2 ans en cas de renouvellement.

**Prescription médicale**

La prescription médicale (annexe 93) est rédigée par un médecin (généraliste ou spécialiste). Elle ouvre le droit au portefeuille virtuel sur base du profil du patient.



Une prescription médicale est nécessaire, par stomie ou fistule, en cas de :

* une nouvelle stomie
* l’opération d’une stomie existante
* un changement de situation (ajout de systèmes convexes/concaves et/ou situation exceptionnelle)
* renouvellement pour systèmes convexes/concaves et/ou situation exceptionnelle après expiration de la prescription précédente
* première délivrance de matériel d’irrigation

La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant 2 mois s'il s'agit d'une première prescription et 6 mois s'il s'agit d’un renouvellement d’une prescription pour des systèmes convexes/concaves et/ou d’une situation exceptionnelle.

**Attestation de délivrance**

L’attestation de délivrance (annexe 13ter) est rédigée, par stomie ou fistule, en double exemplaire par le bandagiste agréé : un exemplaire pour l’organisme assureur et un pour le patient.

Le patient ou son représentant légal, et le bandagiste agréé signent l’original de l’attestation de délivrance, qui est transmis à l’organisme assureur.

**Notification**

Avant la première intervention de l’assurance, une notification composée de la prescription médicale (annexe 93) ainsi que de l’attestation de délivrance (annexe 13ter) doit être adressée au médecin-conseil par le bandagiste agréé le plus vite possible avec un délai maximal de 40 jours à partir de la date de délivrance.

Pour chaque situation où une nouvelle prescription médicale est requise, une notification doit être adressée au médecin-conseil par le bandagiste agréé dans les 40 jours à partir de la date de délivrance.

Il y a donc 2 circuits de communication avec la mutuelle :

* 1er envoi : il s’agit de la notification qui comprend la prescription médicale et la 1èreattestation de délivrance accompagnée de l’état récapitulatif→ doit être envoyée le plus rapidement possible (max. 40 jours après la délivrance) au service du médecin-conseil de la mutuelle pour ouvrir les droits du patient (portefeuille virtuel). Le service du médecin-conseil assurera le suivi vers le service du tiers-payant.

NB : ceci est d’application à chaque fois que le patient reçoit une nouvelle prescription.

* 2ème envoi et suivants : il s’agit des attestations de délivrance rassemblées en état récapitulatif (le tiers-payant est obligatoirement d’application) → doivent être envoyées au service du tiers-payant de la mutuelle.

En annexe, vous trouverez, un tableau reprenant les adresses des organismes assureurs.

NB : les OA 500 et 900 centralisent au niveau de leur service tiers-payant national qui assure le suivi vers le service du médecin-conseil.

**Carnet du patient**

Le patient reçoit un carnet du patient. Ce carnet a pour but d’aider le patient à gérer la consommation de son matériel de stomie et constitue un moyen de communication essentiel entre les différents prestataires de soins impliqués dans le soin de la stomie et la gestion du matériel de stomie. Ce carnet doit être établi pour chaque stomie/fistule.

La réglementation prévoit que le carnet du patient doit être fourni au patient lors de la première délivrance par le bandagiste agréé qui le complète. Néanmoins, lors de la sortie après la (première) opération de stomie, il est important de déjà fournir les informations nécessaires au patient et au bandagiste. Les premières pages du carnet du patient devraient idéalement être (en partie) remplies à l'hôpital et données au patient.

Le carnet sera ensuite complété au fur et à mesure par le bandagiste, notamment en y annexant une copie de chaque attestation de délivrance ainsi qu’une copie de chaque prescription médicale. D’autres dispensateurs de soins peuvent également transmettre des informations dans le document.

**Irrigation manuelle ou mécanique**

Des interventions spécifiques sont prévus pour le matériel d’irrigation :

* pour le set d’irrigation manuelle, l’intervention de l’assurance est octroyée maximum une fois par période de 6 mois.
* pour la pompe d’irrigation, l’intervention de l’assurance est octroyée pour une période de 36 mois et uniquement lorsque le patient s’est d’abord irrigué manuellement pendant au moins 6 mois.

Ce type de matériel doit être prescrit (uniquement la première délivrance) via l’annexe 93 mais la facturation s’effectue via l’annexe 13 (attestation de fournitures destinée aux bandagistes et orthopédistes).

Les patients ayant reçu le set d’irrigation dans l’ancienne nomenclature (prestation 640695) peuvent directement passer à la pompe d’irrigation.

**Interventions forfaitaires pour patients hospitalisés**

Pour un patient qui est admis dans un hôpital et pour lequel des dispositifs de stomie sont délivrés par l’hôpital pendant l’hospitalisation, l’hôpital peut porter en compte une intervention forfaitaire de l’assurance pour chaque journée d’hospitalisation pouvant être portée en compte.

La fin de la période de validité des autres interventions de l’assurance n’est pas modifiée suite à l’hospitalisation.

Pour ces interventions forfaitaires, le prescripteur ne doit pas utiliser l’annexe 93 et la facturation s’effectue via la facturation électronique (perception centrale).

**Règles de facturation**

L’application du régime du tiers payant est obligatoire pour le paiement de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé relative au matériel de stomie.

Il n’est pour l’instant pas possible de reporter le budget non utilisé à la période suivante (budget glissant).

Le premier trimestre débute le premier jour du mois au cours duquel la première délivrance en ambulatoire a lieu.

La première délivrance qui suit chaque nouvelle intervention chirurgicale de la même stomie ou de la même fistule est considérée comme une nouvelle première délivrance.

En cas de fermeture de la stomie ou de la fistule, le patient a droit à l’intervention de l’assurance pour le trimestre en cours. Après la fermeture de la stomie ou de la fistule, il ne peut plus être délivré de dispositifs de stomie.

La date de fin de validité de la prescription (systèmes convexes/concaves et/ou situation exceptionnelle) sera, le cas échéant, prolongée jusqu’au dernier jour du trimestre en cours.

**Cas particuliers :**

***Cas 1 - Changement dans l’intervention maximale en cours de trimestre***

Si durant un trimestre, une nouvelle prescription donne droit à une intervention plus élevée (systèmes convexes/concaves et/ou situation exceptionnelle), les dates du trimestre sont conservées et le montant de l’intervention est adapté à la hausse pour la période. Si un supplément a déjà été facturé au patient durant le trimestre en cours, il reste à charge de celui-ci.

Si durant un trimestre, la validité d’une prescription pour systèmes convexes/concaves et/ou situation exceptionnelle arrive à échéance, la validité de cette prescription est prolongée jusqu’à la fin du trimestre en cours. Au trimestre suivant, le patient retombe à une intervention moins élevée sauf s’il se procure une nouvelle prescription.

***Cas 2 – Réopération d’une stomie***

Si une stomie est réopérée, on considère que la stomie existante est refermée et qu’une nouvelle stomie commence.

L’intervention pour la stomie refermée est valable jusqu’au dernier jour du trimestre concerné.

Le 1er trimestre de la nouvelle stomie débute le 1er jour du mois durant lequel une délivrance à lieu après l’opération. Le patient a droit aux interventions majorées pour le premier trimestre de cette stomie et un nouveau carnet de patient doit lui être délivré.

***Cas 3 – Ouverture d’une stomie supplémentaire***

Il est possible de cumuler plusieurs stomies et donc plusieurs interventions si ces stomies nécessitent un appareillage distinct.

Chaque stomie suit son propre calendrier et son propre décompte (dans des carnets distincts). Le bandagiste doit attribuer chaque matériel délivré à une des stomies.

Le calendrier de la stomie existante se poursuit normalement. Le premier trimestre de la nouvelle stomie débute le 1er jour du mois durant lequel une délivrance a lieu pour cette stomie. Les calendriers des deux stomies peuvent donc être décalés.

Chaque nouvelle stomie bénéficie de l’intervention majorée durant les 3 premiers mois.