

## 1. Dispositions générales

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

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

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

## 2. Prestations et Modalités de remboursement

### A. Ophtalmologie

#### A.1 Traitement du canal lacrymal

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150010 - 150021**

Clou méatique

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 29,74 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 29,74 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150032 - 150043**

Clou méatique perforé

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 39,66 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 39,66 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150054 - 150065**

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

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 74,37 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 74,37 €

## A. Ophtalmologie

### A.2 Traitement des paupières

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150076 - 150080**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150091 - 150102**

Prothèse palpébrale en or pour le traitement de la lagophthalmie

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 327,19 € | <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>     | 327,19 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150113 - 150124**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 188,38 € | <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>     | 188,38 € |

### A.3 Traitement intra-oculaire

#### A.3.1 Intervention sur cristallin

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150135 - 150146**

Lentille intra-oculaire, en polyméthylméthacrylate

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

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

**Conditions de remboursement :** A-§01

## A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150172 - 150183**

Lentille intra-oculaire pliable

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

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

**Conditions de remboursement :** A-§01

---

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**150194 - 150205**

Lentille torique de deux dioptries ou plus

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

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 198,30 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 40,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 277,62 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 198,30 € |

**Conditions de remboursement :** A-§02

---

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**150216 - 150220**

Lentille torique de six dioptries ou plus

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

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 396,61 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 40,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 555,25 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 158,64 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 396,61 € |

**Conditions de remboursement :** A-§02

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150231 - 150242**

Anneau capsulaire implanté, y compris l'éventuel injecteur

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

|                              |          |                              |         |                                     |         |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 69,40 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 60,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix maximum</i>          | 111,04 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 41,64 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 69,40 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150253 - 150264**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                              |   |                                     |         |
|------------------------------|----------|------------------------------|---|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 107,45 € | <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> | 59,09 € |
|                              |          |                              |   | <i>Montant du remboursement</i>     | 48,36 € |

---

## A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150275 - 150286**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 107,45 € | <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> | 59,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 48,36 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150290 - 150301**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 107,45 € | <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> | 59,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 48,36 € |

### A.3.2 Traitement pour glaucome

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150312 - 150323**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 247,87 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 100,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 495,74 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 247,87 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 247,87 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150334 - 150345**

Probe externe pour traitement transcléral du glaucome réfractaire avec laser

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

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

## A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150356 - 150360**

Endoprobe pour traitement par laser d'un glaucome, par voie endoscopique via la pars plana

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

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

Date dernière modification : 1/10/2021

Date première publication :  
1/10/2021

**181974 - 181985**

Ensemble des micro-stents de pontage trabéculaire, pour la chirurgie micro-invasive du glaucome, par œil

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 38501

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 742,13 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 33,40%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 990,00 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 247,87 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 742,13 € |

**Conditions de remboursement :** A-§05

### A.3.3 Traitement de la rétine/vitrectomie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150371 - 150382**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150393 - 150404**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150415 - 150426**

Rail pour bande de cerclage, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 15,87 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 15,87 € |

## A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150430 - 150441**

Coin radial en silicone pour bande de cerclage, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

24,79 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

24,79 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150452 - 150463**

Clip en tantale pour bande de cerclage, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

24,79 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

24,79 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150474 - 150485**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

94,20 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

94,20 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150496 - 150500**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement*

281,42 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

25,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

70,35 €

*Montant du remboursement*

211,07 €

## A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

### 150511 - 150522

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 72,65 € | <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> | 18,16 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 54,49 € |

**Conditions de remboursement :** A-§03

---

### A.4 Intervention sur l'orbite

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

### 150533 - 150544

Implant orbitaire utilisé lors d'énucléation ou d'éviscération

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 35,70 € | <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>     | 35,70 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

### 150555 - 150566

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

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 416,44 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 50,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 624,66 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 208,22 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 416,44 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

### 150570 - 150581

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

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 327,19 € | <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>     | 327,19 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

### 150592 - 150603

Conformateur utilisé lors d'énucléation ou d'éviscération

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 30,70 € | <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>     | 30,70 € |

## A. Ophtalmologie

### A.5 Produits visco-élastiques

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150614 - 150625**

Produits visco-élastiques à base de dérivé de cellulose

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 16,37 € | <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>     | 16,37 € |

**Conditions de remboursement :** A-§04

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150636 - 150640**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 55,78 € | <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>     | 55,78 € |

**Conditions de remboursement :** A-§04

### A.6 Traitement combiné

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150651 - 150662**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 107,45 € | <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> | 59,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 48,36 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150673 - 150684**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 107,45 € | <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> | 59,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 48,36 € |

## A. Ophtalmologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**150695 - 150706**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

*Base de remboursement*

107,45 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 55,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 59,09 €*

*Montant du remboursement 48,36 €*

---

# Conditions de remboursement

A-§01

Prestations liées

150135

150146

150172

150183

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

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

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

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative.

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application.

|        |        |
|--------|--------|
| 150194 | 150205 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 150216 | 150220 |
|--------|--------|

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

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

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

#### **2.1 pour la prestation 150194-150205 :**

cataracte chez un bénéficiaire qui présente un astigmatisme intra-oculaire de deux dioptries ou plus

#### **2.2 pour la prestation 150216-150220 :**

cataracte chez un bénéficiaire qui présente un astigmatisme intra-oculaire de six dioptries ou plus

### **3. Critères concernant le dispositif**

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

#### **3.1. Définition**

Pas d'application

#### **3.2. Critères**

Posséder au moins une preuve clinique de l'efficacité de la lentille torique concernée à réduire à court terme un astigmatisme régulier, effectuée par une équipe de recherche indépendante et non-financée par l'industrie dans laquelle, au minimum, les éléments suivants doivent être présents :

1. Implantation de minimum quinze lentilles

2. Suivi post-opératoire de minimum trois mois

3. Preuve de la stabilité rotative au moyen de, au minimum, une des trois mesures suivantes :

a) Mesure de l'acuité visuelle subjective non-correctée au moyen d'un optotype : une première mesure entre la première et la sixième semaine et une deuxième mesure entre le troisième et sixième mois après l'implantation.

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

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

Critère acceptable : moins de 5° dans chaque sens.

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

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

4. Nombre de repositionnement

5. Nombre d'explantation

De plus, la preuve clinique doit être :

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

ou

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

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

#### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

### **4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Divers**

Pas d'application

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

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

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

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

150614 150625

150636 150640

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

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'application.

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 150614-150625 et 150636-150640 ne sont pas cumulables entre elles.

**5.2. Autres règles**

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

La prestation 150614-150625 et 150636-150640 ne peut être attestée qu'une fois par intervention par oeil.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux micro-stents de pontage trabéculaire pour la chirurgie micro-invasive du glaucome, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

#### 2.1. Indications

La prestation 181974-181985 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

##### 2.1.1. Critères d'inclusion :

Le bénéficiaire doit

- Avoir un glaucome à angle ouvert léger ou modéré réfractaire aux traitements pharmacologiques : la pression intraoculaire est insuffisamment contrôlée et une atteinte progressive du nerf optique et/ou du champ visuel est observée malgré des médicaments anti-glaucomeux topiques et/ou systémiques à la dose maximale tolérée.

La prestation 181974-181985 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif est implanté suivant les indications d'utilisation telles qu'indiquées dans le mode d'emploi.

##### 2.1.2. Critère d'exclusion :

Le bénéficiaire est atteint d'hypertension oculaire.

### 2.2. Contre-indications

Pas d'application.

### 3. Critères concernant le dispositif

#### 3.1. Définition

Les implants repris sous la prestation 181974-181985 réduisent la pression intraoculaire en augmentant l'écoulement de l'humeur aqueuse de la chambre antérieure dans le canal de Schlemm à travers le trabéculum et au cours de leur implantation, la cornée et/ou la sclère ne sont pas ou très peu endommagées (incisions sans besoin de sutures). Les implants qui forment une bulle de filtration ("bleb") ne tombent pas sous cette définition.

#### 3.2. Critères

**3.2.1.** Un micro-stent de pontage trabéculaire pour la chirurgie micro-invasive du glaucome (181974-181985) ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques. Il s'agit au minimum d'une étude randomisée contrôlée comparative qui porte sur au minimum 300 yeux implantés avec le dispositif avec un suivi pendant minimum 24 mois. Les résultats seront publiés dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement.

**3.2.2.** Un micro-stent de pontage trabéculaire pour la chirurgie micro-invasive du glaucome (181974-181985) qui est, selon le demandeur, une modification légère (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative et du même fabricant ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si la Commission juge qu'il s'agit d'une version légèrement modifiée sur base des éléments suivants :

Un texte expliquant de façon détaillée et documentée que le dispositif et/ou le système de placement n'a été que légèrement modifié et ne constitue donc pas un nouveau dispositif et une argumentation ou une analyse de risques selon laquelle il n'y a pas d'impact négatif quant à la sécurité ou à l'efficacité du dispositif et/ou du système de placement.

ET

Une information spécifiant dans quelle mesure le dispositif modifié a été admis au remboursement dans d'autres pays européens.

**3.2.3.** Un micro-stent de pontage trabéculaire pour la chirurgie micro-invasive du glaucome (181974-181985) qui est une

modification (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative et du même fabricant, et qui ne peut pas être considéré comme une modification légère telle que stipulée au point 3.2.2, suit la procédure décrite au point 3.2.1.

### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application.

### **4. Procédure de demande et formulaires**

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 181974-181985 ne peut être attestée qu'une seule fois par oeil, par intervention.

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

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

## B. Neurochirurgie

### B.1 Pompes et accessoires

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150710 - 150721**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.479,89 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01*

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150732 - 150743**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.479,89 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01*

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150754 - 150765**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.479,89 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01*

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150776 - 150780**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.986,20 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150791 - 150802**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.986,20 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§01

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150813 - 150824**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.986,20 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§01

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150835 - 150846**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.479,89 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

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

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150850 - 150861**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.479,89 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

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

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150872 - 150883**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.479,89 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§10

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150894 - 150905**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.986,20 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§10

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150916 - 150920**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.986,20 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§10

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150931 - 150942**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.986,20 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§10

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150953 - 150964**

Cathéter pour pompe implantable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30401

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*322,07 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01,B-§10*

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150975 - 150986**

Programmateur patient pour pompe implantable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30402

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*716,80 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01,B-§10*

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**150990 - 151001**

Cathéter en cas de test négatif

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30401

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*322,07 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§01,B-§10*

---

### B.2 Neurostimulateurs et accessoires

#### **B.2.1 Neurostimulateurs et accessoires en cas de douleurs neurogènes**

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151012 - 151023**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30501

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.266,74 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10,B-§02*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

### 151034 - 151045

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30502

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

### 151056 - 151060

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30501

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.266,74 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

### 151071 - 151082

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30501

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.266,74 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10,B-§02*

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

### 151093 - 151104

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30502

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§10,B-§02*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151115 - 151126**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30502

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

9.169,81 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§10,B-§02

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151130 - 151141**

Premier neurostimulateur rechargeable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30601

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§10,B-§02

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151152 - 151163**

Neurostimulateur de remplacement rechargeable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30601

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§10,B-§02

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151174 - 151185**

Neurostimulateur de remplacement rechargeable, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30601

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§10,B-§02

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151196 - 151200**

Programmateur patient pour neurostimulateur rechargeable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30602

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

596,60 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§02

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151211 - 151222** Programmateur patient de remplacement pour neurostimulateur rechargeable

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

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

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151233 - 151244** Chargeur pour neurostimulateur rechargeable

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

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

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151255 - 151266** Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable

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

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

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

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

|                                     |                   |                                |       |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.A.a             | <b>Liste Nom.</b>              | 30705 |                                     |                   |
| <i>Base de remboursement</i>        | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>                 | 1.044,33 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                                     |                   |                                |       | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

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

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

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

|                                     |                   |                                |       |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.A.a             | <b>Liste Nom.</b>              | 30705 |                                     |                   |
| <i>Base de remboursement</i>        | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>                 | 1.044,33 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                                     |                   |                                |       | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

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

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/04/2015

**171835 - 171846**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.089,55 € | <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>     | 1.089,55 € |

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

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/04/2015

**171850 - 171861**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.089,55 € | <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>     | 1.089,55 € |

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

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/04/2015

**171872 - 171883**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 169,38 € | <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>     | 169,38 € |

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

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/04/2015

**171894 - 171905**

Ensemble des extensions implantées pour stimulation cérébrale profonde, par intervention

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 169,38 € | <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>     | 169,38 € |

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

---

## B. Neurochirurgie

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

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151454 - 151465**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.900,04 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151476 - 151480**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.800,09 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151491 - 151502**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30803

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.900,04 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151513 - 151524**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30804

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.800,09 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151535 - 151546**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.900,04 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151550 - 151561**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.800,09 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151572 - 151583**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30803

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.900,04 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151594 - 151605**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30804

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.800,09 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151616 - 151620**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.900,04 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§03

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151631 - 151642**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.800,09 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§03

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151653 - 151664**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30803

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.900,04 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§03

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151675 - 151686**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30804

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.800,09 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§03

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151690 - 151701**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30805

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

## B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§03

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151712 - 151723**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30806

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§03

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151734 - 151745**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30805

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§03

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151756 - 151760**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30806

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§03

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151771 - 151782**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30805

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§03

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151793 - 151804**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30806

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151815 - 151826**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30807

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.305,42 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151830 - 151841**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30807

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.305,42 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151852 - 151863**

Electrode en cas de stimulation d'essai négative en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30807

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.305,42 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151874 - 151885**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30808

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*264,87 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151896 - 151900**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30808

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*264,87 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151911 - 151922**

Programmeur patient pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

30809

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*578,22 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**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 Nom.**

30809

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*578,22 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§03*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151955 - 151966**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30810

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.485,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§03

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**151970 - 151981**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 30810

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.485,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§03

---

### B.2.3 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**151992 - 152003**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

1.197,31 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement 1.197,31 €*

---

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

#### B.2.4.1 Stimulation du nerf vague

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**170892 - 170903**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.320,61 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§08

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**170914 - 170925**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.320,61 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§08

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**170936 - 170940**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.320,61 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§08

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**170951 - 170962**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.320,61 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§08

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**170973 - 170984**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.320,61 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§08

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**170995 - 171006**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

9.320,61 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§08

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**171010 - 171021**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34702

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.751,20 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§08

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**171032 - 171043**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34702

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.751,20 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§08

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**171054 - 171065**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34703

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

99,05 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§08

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/12/2014

**171076 - 171080**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34703

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

99,05 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

## B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§08

---

### B.2.4.2 Deep Brain Stimulation

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171496 - 171500**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

9.800,09 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171511 - 171522**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

9.800,09 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171533 - 171544**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

9.800,09 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171555 - 171566**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

17.432,80 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§09

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171570 - 171581**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.432,80 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§09*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171592 - 171603**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.432,80 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§09*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171614 - 171625**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

*Base de remboursement*

*CMD*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

*/*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*CMD*

**Conditions de remboursement :**

*B-§09*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171636 - 171640**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

*Base de remboursement*

*CMD*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

*/*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*CMD*

**Conditions de remboursement :**

*B-§09*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171651 - 171662**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :**

B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171673 - 171684**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34803

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.305,42 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171695 - 171706**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34803

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.305,42 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171710 - 171721**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34804

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

264,87 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171732 - 171743**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34804

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

264,87 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

## B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171754 - 171765**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34805

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*578,22 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171776 - 171780**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34805

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*578,22 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171791 - 171802**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34806

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2015

**171813 - 171824**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

34806

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§09

---

## B. Neurochirurgie

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

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173014 - 173025**

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

|                                     |                   |                                |       |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.A.a             | <b>Liste Nom.</b>              | 35701 |                                     |                   |
| <i>Base de remboursement</i>        | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>                 | 9.800,09 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                                     |                   |                                |       | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173036 - 173040**

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

|                                     |                   |                                |       |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.A.a             | <b>Liste Nom.</b>              | 35702 |                                     |                   |
| <i>Base de remboursement</i>        | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>                 | 4.900,04 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                                     |                   |                                |       | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173051 - 173062**

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

|                                     |                   |                                |       |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.A.a             | <b>Liste Nom.</b>              | 35701 |                                     |                   |
| <i>Base de remboursement</i>        | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>                 | 9.800,09 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                                     |                   |                                |       | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173073 - 173084**

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

|                                     |                   |                                |       |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.A.a             | <b>Liste Nom.</b>              | 35701 |                                     |                   |
| <i>Base de remboursement</i>        | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>                 | 9.800,09 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> |       | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                                     |                   |                                |       | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173095 - 173106**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35702

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.900,04 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173110 - 173121**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35702

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.900,04 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173132 - 173143**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35703

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173176 - 173180**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35703

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173191 - 173202**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35703

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

17.333,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173250 - 173261**

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

**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 :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173294 - 173305**

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

**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 :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173316 - 173320**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement CMD*

**Conditions de remboursement :** B-§11

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173375 - 173386**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35705

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.305,42 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173412 - 173423**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35705

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.305,42 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173434 - 173445**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35706

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

264,87 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173456 - 173460**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35706

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

264,87 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173471 - 173482**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35707

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

578,22 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173493 - 173504**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35707

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

578,22 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173515 - 173526**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35708

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.485,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173530 - 173541**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35708

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.485,75 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**173390 - 173401**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35705

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.305,42 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183654 - 183665**

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

**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 :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183676 - 183680**

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

**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 :** B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183691 - 183702**

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

**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 :** B-§11

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183713 - 183724**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183735 - 183746**

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

**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 :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183750 - 183761**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

**Conditions de remboursement :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183772 - 183783**

Electrode implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

**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 :**

B-§11

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183794 - 183805**

Electrode de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

**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 :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183816 - 183820**

Electrode en cas de stimulation d'essai négative pour le traitement de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

**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 :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183831 - 183842**

Extension implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

**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 :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183853 - 183864**

Extension de remplacement implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

**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 :**

B-§11

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183875 - 183886**

Programmeur patient pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

**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 :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183890 - 183901**

Programmeur patient de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

**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 :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183912 - 183923**

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

**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 :**

B-§11

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183934 - 183945**

Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif sans marquage C.E. mais ayant reçu une dérogation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé

**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 :**

B-§11

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183956 - 183960**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

Base de remboursement

CMD

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond/ maximum

/

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement CMD

**Conditions de remboursement :**

B-§11

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2022

**183971 - 183982**

Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35708

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond

1.485,75 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

B-§11

### B.2.6 Neurostimulateurs et accessoires en cas de mouvements anormaux

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173552 - 173563**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35901

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond

4.900,04 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

B-§12

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173574 - 173585**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 35902

Base de remboursement

Liste Nom.

Marge de sécurité (%) /

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix plafond

9.800,09 €

Marge de sécurité (€) /

Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

B-§12

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173596 - 173600**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35901

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.900,04 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173611 - 173622**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35902

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.800,09 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173633 - 173644**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35901

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.900,04 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173655 - 173666**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35902

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.800,09 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173670 - 173681**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35903

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173692 - 173703**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de mouvements anormaux

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35903

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173714 - 173725**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de mouvements anormaux, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35903

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*17.333,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173736 - 173740**

Electrode implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35904

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.305,42 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173751 - 173762**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35904

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.305,42 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

## B. Neurochirurgie

Conditions de remboursement : B-§12

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173773 - 173784**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35904

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.305,42 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§12

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173795 - 173806**

Extension implantée pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35905

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*264,87 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§12

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173810 - 173821**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35905

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*264,87 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§12

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173832 - 173843**

Programmateurs patient pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35906

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*578,22 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement : B-§12

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173854 - 173865**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35906

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*578,22 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173876 - 173880**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35907

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2016

**173891 - 173902**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

35907

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§12*

---

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

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/12/2019

**174532 - 174543**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

37701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*B-§13*

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/12/2019

**174554 - 174565**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.** 37701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§13

---

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/12/2019

**174576 - 174580**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.** 37701

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** B-§13

---

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/12/2019

**174591 - 174602**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.** 37801

*Base de remboursement*

*1.089,55 €*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

*/*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement 1.089,55 €*

**Conditions de remboursement :** B-§13

---

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/12/2019

**174613 - 174624**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.** 37801

*Base de remboursement*

*1.089,55 €*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

*/*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement 1.089,55 €*

**Conditions de remboursement :** B-§13

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/12/2019

**174635 - 174646**

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

|                                     |          |                              |                   |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.G.a    |                              | <b>Liste Nom.</b> | 37901                               |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 169,38 € | <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>     | 169,38 € |

**Conditions de remboursement :** B-§13

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/12/2019

**174650 - 174661**

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

|                                     |            |                              |                   |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.G.a      |                              | <b>Liste Nom.</b> | 37801                               |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 1.089,55 € | <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>     | 1.089,55 € |

**Conditions de remboursement :** B-§13

### B.3 Tissu de dure-mère

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152014 - 152025**

Tissu synthétique de dure-mère utilisé lors d'une intervention neurochirurgicale, par cm<sup>2</sup>

|                                     |        |                              |        |                                     |        |
|-------------------------------------|--------|------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.B.a  |                              |        |                                     |        |
| <i>Base de remboursement</i>        | 5,26 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 5,26 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 € |
|                                     |        |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 5,26 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152036 - 152040**

Tissu de dure-mère d'origine animale (non bovine) utilisé lors d'une intervention neurochirurgicale, par cm<sup>2</sup>

|                                     |        |                              |                   |                                     |        |
|-------------------------------------|--------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a  |                              | <b>Liste Nom.</b> | 30901                               |        |
| <i>Base de remboursement</i>        | 7,28 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%             | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 7,28 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 €            | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 € |
|                                     |        |                              |                   | <i>Montant du remboursement</i>     | 7,28 € |

## B. Neurochirurgie

### B.4 Valves d'hydrocéphalie et systèmes de drainage

#### B.4.1 Valves d'hydrocéphalie non réglables

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |  |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>152051 - 152062</b>              | Valve sans système anti-siphon et sans cathéters |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a  | <b>Liste Nom.</b>            | 31001                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 647,45 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 712,19 €   | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 64,74 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |  |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 647,45 €                                   |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |   |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>152073 - 152084</b>              | Valve sans système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 31002                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 756,51 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 832,16 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 75,65 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 756,51 €                                   |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |   |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>152095 - 152106</b>              | Valve sans système anti-siphon et avec cathéter distal seul |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 31003                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 701,99 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 772,18 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 70,19 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 701,99 €                                   |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |  |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>152110 - 152121</b>              | Valve avec système anti-siphon et sans cathéters |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a  | <b>Liste Nom.</b>            | 31004                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 887,40 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 976,14 €   | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 88,74 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |  |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 887,40 €                                   |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |   |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>152132 - 152143</b>              | Valve avec système anti-siphon et avec cathéters proximal et distal |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 31005                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 996,46 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.096,10 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 99,64 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 996,46 €                                   |

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152154 - 152165**

Valve avec système anti-siphon et avec cathéter distal seul

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31006

*Base de remboursement*

941,93 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.036,12 €

*Marge de sécurité (€)*

94,19 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

941,93 €

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152176 - 152180**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31007

*Base de remboursement*

1.247,32 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.372,05 €

*Marge de sécurité (€)*

124,73 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.247,32 €

**Conditions de remboursement :** B-§04

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152191 - 152202**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31008

*Base de remboursement*

1.357,37 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.493,10 €

*Marge de sécurité (€)*

135,73 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.357,37 €

**Conditions de remboursement :** B-§04

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152213 - 152224**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31009

*Base de remboursement*

1.301,84 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.432,02 €

*Marge de sécurité (€)*

130,18 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.301,84 €

**Conditions de remboursement :** B-§04

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152235 - 152246**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31010

*Base de remboursement*

1.487,26 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.635,98 €

*Marge de sécurité (€)*

148,72 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.487,26 €

**Conditions de remboursement :**

B-§04

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152250 - 152261**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31011

*Base de remboursement*

1.597,32 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.757,05 €

*Marge de sécurité (€)*

159,73 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.597,32 €

**Conditions de remboursement :**

B-§04

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152272 - 152283**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31012

*Base de remboursement*

1.541,79 €

*Marge de sécurité (%)*

10,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.695,96 €

*Marge de sécurité (€)*

154,17 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.541,79 €

**Conditions de remboursement :**

B-§04

---

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152294 - 152305**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31013

*Base de remboursement*

686,12 €

*Marge de sécurité (%)*

100,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.372,24 €

*Marge de sécurité (€)*

686,12 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

686,12 €

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152316 - 152320**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a **Liste Nom.** 31014

*Base de remboursement* 745,61 € *Marge de sécurité (%)* 100,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 1.491,22 € *Marge de sécurité (€)* 745,61 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 745,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152331 - 152342**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a **Liste Nom.** 31015

*Base de remboursement* 715,86 € *Marge de sécurité (%)* 100,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 1.431,72 € *Marge de sécurité (€)* 715,86 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 715,86 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152353 - 152364**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a **Liste Nom.** 31016

*Base de remboursement* 817,99 € *Marge de sécurité (%)* 100,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 1.635,98 € *Marge de sécurité (€)* 817,99 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 817,99 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152375 - 152386**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a **Liste Nom.** 31017

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

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

*Montant du remboursement* 878,47 €

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152390 - 152401**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31018

*Base de remboursement*

847,74 €

*Marge de sécurité (%)*

100,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.695,48 €

*Marge de sécurité (€)*

847,74 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

847,74 €

---

### B.4.4 Accessoires pour valves d'hydrocéphalie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152412 - 152423**

Système anti-siphon

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement*

248,86 €

*Marge de sécurité (%)*

75,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

435,50 €

*Marge de sécurité (€)*

186,64 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

248,86 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152434 - 152445**

Réservoir

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement*

214,17 €

*Marge de sécurité (%)*

50,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

321,25 €

*Marge de sécurité (€)*

107,08 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

214,17 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152456 - 152460**

Connecteur

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement*

57,51 €

*Marge de sécurité (%)*

50,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

86,26 €

*Marge de sécurité (€)*

28,75 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

57,51 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152471 - 152482**

Cathéter de drainage ventriculaire ou lombaire, avec réservoir

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement*

167,56 €

*Marge de sécurité (%)*

50,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

251,34 €

*Marge de sécurité (€)*

83,78 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

167,56 €

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152493 - 152504**

Cathéter de drainage sans réservoir

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152515 - 152526**

Cathéter de drainage imprégné ou imprégnable avec un antibiotique

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

|                              |          |                              |          |                                     |         |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 95,19 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 150,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix maximum</i>          | 237,97 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 142,78 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 95,19 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152530 - 152541**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                              |   |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 196,49 € | <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>     | 196,49 € |

### B.4.5 Systèmes de drainage externe

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152552 - 152563**

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

**Catégorie de remboursement :** II.B.a

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 144,76 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 33,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 192,53 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 47,77 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 144,76 € |

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152574 - 152585**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.B.a

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 144,76 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 100,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 289,52 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 144,76 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 144,76 € |

---

### B.5 Clip pour anévrisme cérébral

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152596 - 152600**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                              |   |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 230,03 € | <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>     | 230,03 € |

---

### B.6 Cranioplastie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152611 - 152622**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                              |   |                                     |         |
|------------------------------|---------|------------------------------|---|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 59,49 € | <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>     | 59,49 € |

**Conditions de remboursement :** B-§05

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152633 - 152644**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                              |   |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 218,13 € | <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>     | 218,13 € |

**Conditions de remboursement :** B-§05

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152655 - 152666**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 54,54 € | <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>     | 54,54 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152670 - 152681**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**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

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 128,89 € | <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>     | 128,89 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152714 - 152725**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 128,89 € | <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>     | 128,89 € |

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152736 - 152740**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 89,23 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 89,23 €

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**152751 - 152762**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 5.943,00 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 5.943,00 €

**Conditions de remboursement :** B-§06

---

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152773 - 152784**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 81,86 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 81,86 €

**Conditions de remboursement :** B-§07

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152795 - 152806**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 51,17 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 51,17 €

**Conditions de remboursement :** B-§07

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152810 - 152821**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 102,34 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 102,34 €

**Conditions de remboursement :** B-§07

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152832 - 152843**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 92,10 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 92,10 €

**Conditions de remboursement :** B-§07

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152854 - 152865**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 35,82 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 35,82 €

**Conditions de remboursement :** B-§07

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152876 - 152880**

Vis de guidage, par pièce

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 35,82 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 35,82 €

**Conditions de remboursement :** B-§07

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152891 - 152902**

Vis de guidage, compatible MEG (magnetoencephalography) par pièce

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 79,82 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 79,82 €

**Conditions de remboursement :** B-§07

---

## B. Neurochirurgie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**152913 - 152924**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 112,57 € | <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>     | 112,57 € |

**Conditions de remboursement :** B-§07

---

# Conditions de remboursement

B-§01

## Prestations liées

150710 150721

150732 150743

150754 150765

150776 150780

150791 150802

150813 150824

150953 150964

150975 150986

150990 151001

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

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150732-150743, 150791-150802, 150754-150765, 150813-150824, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

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

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150732-150743, 150791-150802, 150754-150765, 150813-150824, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

Le bénéficiaire souffre d'une forme importante de spasticité et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle et il a subi une période d'essai d'au moins cinq jours avec résultat positif.

L'implantation d'une pompe pour l'administration d'un agent antispasmodique à action centrale constitue la seule alternative thérapeutique.

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

##### 4.1.1 Pour les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150953-150964 et 150975-150986

Ces prestations ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié établi par le médecin spécialiste en neurologie ou neurochirurgie.

##### 4.1.2 Pour la prestation 150990-151001:

Le cathéter utilisé pour la stimulation d'essai dans le cadre d'indications décrites au point 2 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification au médecin-conseil pour autant que :

- les résultats de l'essai effectué durant au moins cinq jours se soient révélés négatifs

et

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

#### 4.2. Remplacement

Les prestations 150732-150743 et 150791-150802 150953-150964 et 150975-150986 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification du remplacement par le médecin-spécialiste en neurologie ou neurochirurgie au médecin-conseil, après implantation, pour autant que la première implantation ait fait l'objet d'un accord du médecin-conseil.

En cas de remplacement d'une pompe implantable en cas de spasticité et/ou dystonie, n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

#### 4.3 Remplacement prématuré

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150754-150765 ou 150813-150824 pour le remplacement prématuré endéans le délai de trois ans suivant la date de l'implantation relative à la prestation 150710-150721 ou 150776-

150780 ou 150732-150743 ou 150791-150802 ou 150754-150765 ou 150813-150824 peut être accordée par le médecin-conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

Une intervention de l'assurance obligatoire, dans le délai de trois ans suivant la date de l'implantation, pour le remplacement d'une pompe programmable (150710-150721 ou 150732-150743 ou 150754-150765) par une pompe à débit constant (150776-150780 ou 150791-150802 ou 150813-150824), et inversement, peut être accordée par le médecin-conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

#### **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150732-150743 ou 150791-150802 ne peut être accordée qu'après un délai de trois ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 150710-150721 ou 150776-150780 ou 150732-150743 ou 150791-150802 ou 150754-150765 ou 150813-150824 et conformément aux dispositions des points 1 et 2.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150710-150721 ou 150732-150743 exclut, pendant une période de trois ans prenant cours à partir de la date d'implantation, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150776-150780 ou 150791-150802, et inversement.

#### **5.2. Autres règles**

Pas d'application.

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

## Prestations liées

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

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

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

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

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

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

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

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

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

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

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

## **2.2. Indications**

L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104, 151115-151126, 151351-151362, 151432-151443, 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151196-151200, 151211-151222, 151233-151244, 151255-151266, 171835-171846, 171850-171861, 171872-171883, et 171894-171905 doit être pratiquée pour le traitement d'un failed back surgery syndrome (FBSS) réfractaire ou d'un failed neck surgery syndrome (FNSS) réfractaire, pour un bénéficiaire avec un syndrome de la douleur neuropathique démontré, qui n'a pas réagi ou insuffisamment à un traitement multimodal pharmacologique et invasif de la douleur ou dont ce traitement n'a pas été supporté par le bénéficiaire. Le traitement est réalisé par stimulation électrique tonique intracérébrale, ou par stimulation électrique tonique ou burst des cordons postérieurs de la moelle épinière, après exclusion de toutes les autres cibles.

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

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

ou

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

## **3. Critères concernant le dispositif**

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

### **3.1 Définition**

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

La neurostimulation tonique est réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La neurostimulation burst consiste en un groupe d'impulsions se succédant rapidement, suivie d'une période sans impulsion, avant que le groupe d'impulsions soit répété.

### **3.2. Critères**

Tout nouveau dispositif ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1., doit faire l'objet d'une demande d'inscription sur la Liste.

Pour toute nouvelle inscription sur la liste nominative, le demandeur doit démontrer que le système de neurostimulation correspond à la définition reprise au point 3.1. et prouver que les seuls modes de programmation de la stimulation accessibles au bénéficiaire et à l'équipe multidisciplinaire responsable de l'implantation, seront ceux déjà pris en charge par l'assurance obligatoire.

### **3.3. Conditions de garantie**

#### **3.3.1 Neurostimulateurs non rechargeables :**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151012-151023 ou 151034-151045, une garantie en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de vingt-quatre mois.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151056-151060, 151071-151082, 151093-151104 et 151115-151126, une garantie totale de vingt-quatre mois doit être donnée. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

#### **3.3.2. Neurostimulateurs rechargeables :**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151130-151141, 151152-151163, 151174-151185, 151233-151244 et 151255-151266, une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables: une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata. Pour le chargeur, une garantie totale de neuf ans est exigée.

#### 4. Procédure de demande et formulaires

L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après que le formulaire B-Form-I-16 ait été dûment complété via le registre interactif en ligne. Toutes les demandes doivent être examinées et validées pendant une concertation algologique multidisciplinaire (CAM) en collaboration avec un CMD reconnu pour ensuite être téléchargées dans le registre interactif.

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

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

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

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

##### 4.1. Première implantation

**4.1.1.** Pour les prestations 151012-151023, 151034-151045, 151130-151141, 151196-151200, 151233-151244, 171835-171846, 151351-151362, 171894-171905 dans les indications reprises sous 2.2.:

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

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

Le rapport circonstancié doit comporter au minimum les éléments suivants :

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

- a) antécédents médicaux et chirurgicaux;
- b) distribution anatomique de la douleur (concordance avec le dermatome de l'opération précédente);
- c) évaluation nociceptive avec une évaluation de la qualité des douleurs neuropathiques, un examen sensoriel en utilisant au moins le pin prick test et un toucher léger (brush);
- d) il est démontré que les douleurs du bénéficiaire sont réfractaires au traitement conservateur maximal (pharmacologique et interventionnel);
- e) le bénéficiaire présente sur une base journalière une intensité moyenne de la douleur de = 4/10 (NRS - Numeric Rating Scale);

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

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

- a) Exclusion de la présence éventuelle de red flags et identification de la présence éventuelle de yellow flags;
- b) Symptom checklist (SCL-90 revised);
- c) Pain Coping Inventory (PCI);
- d) Illness Attitude Scale (IAS);
- e) Attitude face à la réactivation ou la participation active au changement dans la situation de vie;
- f) Evaluation du statut fonctionnel du bénéficiaire pendant la durée de l'évaluation psychologique (entre les 2 moments de consultation):
- i. Ressenti de la douleur et activités en tenant un carnet de bord (intensité de la douleur au moyen de la NRS au repos et en mouvement);

ii. Qualité du repos nocturne (NRS);

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

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

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

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

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

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

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

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

e) usage de médicaments (score MQS);

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

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

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

et

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

et

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

Et

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

et

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

et

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

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

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

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

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

## **4.2. Remplacement**

Les prestations 151056-151060 ou 151093-151104 ou 171835-171846 ou 171872-171883 ou 151351-151362 ou 171894-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **4.3. Remplacement prématuré**

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

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

### **4.4. Suivi du traitement après implantation**

Le bénéficiaire qui a déjà bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour un neurostimulateur depuis l'entrée en vigueur du nouveau système doit être évalué et suivi au moins deux fois par année civile par l'équipe algologique multidisciplinaire traitante afin de conserver une relation thérapeutique.

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

Le suivi du traitement du bénéficiaire est enregistré via le formulaire B-Form-I-16 du registre interactif.

#### **4.5. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

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

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

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

#### **5.2 Autres règles**

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

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

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

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

### **7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 151454 | 151465 |
| 151476 | 151480 |
| 151491 | 151502 |
| 151513 | 151524 |
| 151535 | 151546 |
| 151550 | 151561 |
| 151572 | 151583 |
| 151594 | 151605 |
| 151616 | 151620 |
| 151631 | 151642 |
| 151653 | 151664 |
| 151675 | 151686 |
| 151690 | 151701 |
| 151712 | 151723 |
| 151734 | 151745 |
| 151756 | 151760 |
| 151771 | 151782 |
| 151793 | 151804 |
| 151815 | 151826 |
| 151830 | 151841 |
| 151852 | 151863 |
| 151874 | 151885 |
| 151896 | 151900 |
| 151911 | 151922 |
| 151933 | 151944 |
| 151955 | 151966 |
| 151970 | 151981 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la neurostimulation profonde en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151815-151826, 151830-151841, 151852-151863, 151874-151885, 151896-151900, 151911-151922, 151933-151944, 151955-151966 et 151970-151981 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

- l'établissement hospitalier doit disposer d'une équipe « mouvements anormaux » (EMA) se composant de minimum deux neurochirurgiens (ETP) et de minimum deux neurologues (ETP), chacun disposant d'une expertise théorique et clinique ainsi que d'une expérience en matière de DBS (les deux collaborant avec une équipe de neurologues et de neurochirurgiens liée à l'établissement hospitalier);

et

- l'établissement hospitalier concerné doit avoir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;

et

- cette équipe comprend également un (ou plusieurs) psychologue(s) compétent(s) en matière d'évaluation neuropsychologique et familiarisé(s) avec l'approche du groupe cible des bénéficiaires concernés, y compris la comorbidité neurologique et psychique fréquemment associée ;

et

- l'équipe comprend aussi le personnel nécessaire et formé pour régler le dispositif et instruire le bénéficiaire et son entourage

en la matière ;

et

- l'établissement hospitalier met un opérateur et une installation vidéo adéquate à la disposition de l'équipe afin de réaliser les évaluations vidéo comme stipulées ci-après ;

et

- chaque indication DBS est faite lors d'une réunion de l'EMA à laquelle au moins le neurochirurgien, le neurologue et le psychologue susmentionnés participent ;

et

- la DBS est effectuée, dans le cadre du présent règlement, par le neurochirurgien de l'équipe, qui détermine l'indication, la cible de la DBS et le type de matériel à utiliser, et ce après une évaluation standardisée et en concertation avec l'équipe multidisciplinaire définie ci-dessus. Après une stimulation d'essai favorable, il passe à l'implantation définitive ;

et

- les membres de l'EMA ne peuvent appartenir qu'à une seule équipe EMA d'un seul établissement hospitalier.

L'établissement hospitalier répondant aux critères susmentionnés, introduit le formulaire B-form-II-1, auprès du Service de soins de santé. Le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier. Cette liste est mise à jour annuellement.

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151815-151826, 151830-151841, 151852-151863, 151874-151885, 151896-151900, 151911-151922, 151933-151944, 151955-151966 et 151970-151981 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

### **2.1. Critères d'inclusion**

Les bénéficiaires sont sévèrement gênés dans les activités de leur vie journalière (AVJ) par une des affections mentionnées ci-après:

- bénéficiaires ayant pris pendant au moins trois ans une médication orale antiparkinsonnienne et dont la maladie ne peut plus être traitée par médicaments.

ou

- bénéficiaires qui souffrent de tremblements essentiels et dont la maladie ne peut plus être traitée par médicaments.

### **2.2. Critères d'exclusion**

- épisode aigu dépressif / mixte / psychotique/(hypo)maniaque ou délirium qui n'est pas attribuable à une médication dopaminergique antiparkinsonnienne;

ou

- troubles induits par une substance, rendant impossible l'usage correct du dispositif ou le suivi médical systématique;

ou

- autre trouble psychiatrique grave rendant impossible l'usage correct du dispositif ou le suivi médical systématique, ou qui pourrait s'aggraver par le fait même de l'implantation;

ou

- démence.

## **3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151955-151966 et 151970-151981 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

### **3.1. Définition**

Pas d'application

### **3.2. Critères**

Pas d'application

### **3.3. Conditions de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151690-151701, 151712-151723, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151955-151966 et 151970-151981 les garanties suivantes doivent être données:

a) Défaut du dispositif

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

b) Durée de vie

Neurostimulateur non-rechargeable :

Une garantie au prorata de quinze mois doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux et une garantie au prorata de vingt-quatre mois doit être donnée pour les neurostimulateurs bilatéraux.

Neurostimulateur rechargeable :

Une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata. Pour le chargeur (151955-151966 et 151970-151981) une garantie totale de neuf ans est exigée.

#### **4. Procédure de demande et formulaires**

##### **4.1. Première implantation**

Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151690-151701, 151712-151723, 151815-151826, 151852-151863, 151874-151885, 151911-151922 et 151955-151966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation de ces dispositifs sur base du formulaire B-Form-I-02 (Parkinson) ou B-Form-I-03 (Tremblements essentiels), qui est transmis par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil dans les nonante jours calendrier après l'implantation.

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

##### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, pour les prestations 151535-151546, 151550-151561, 151572-151583, 151594-151605, 151616-151620, 151631-151642, 151653-151664, 151675-151686, 151734-151745, 151756-151760, 151771-151782, 151793-151804, 151830-151841, 151896-151900, 151933-151944 et 151970-151981 la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

En cas de remplacement, la raison du remplacement doit être indiquée dans la notification.

##### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

##### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

#### **5. Règles d'attestation**

##### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

##### **5.2 Autres règles**

Les prestations 151454-151465, 151476-151480, 151491-151502, 151513-151524, 151690-151701, et 151712-151723 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hémisphère cérébrale.

##### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

#### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

#### **7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 152176 | 152180 |
| 152191 | 152202 |
| 152213 | 152224 |
| 152235 | 152246 |
| 152250 | 152261 |
| 152272 | 152283 |

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

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 152176-152180, 152191-152202, 152213-152224, 152235-152246, 152250-152261 et 152272-152283 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

**2.1. Indications:**

- complications liées au drainage (over-drainage) : "slit-ventricule syndrome" prouvé par CT;

ou

- pseudo-tumor cerebri;

ou

- hydrocéphalie normo-tensive;

ou

- nourrisson;

ou

- kystes cérébraux non-tumoraux;

ou

- remplacement d'une valve réglable qui a fait antérieurement l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire selon ces mêmes critères.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires****4.1. Première implantation**

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à une des indications susmentionnées, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

**4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1 doit être appliquée.

**4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application.

**4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application.

152611 152622

152633 152644

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au ciment utilisé en neurochirurgie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative.

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de non-cumul**

Pas d'application.

**5.2. Autres règles**

Le poids du ciment des prestations 152611-152622 et 152633-152644 est calculé en prenant en compte uniquement la poudre sèche. Les solvants n'entrent pas en ligne de compte. Il ne s'agit donc pas du poids du mélange.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses d'os du crâne sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- la surface osseuse à combler au moyen de l'implant est supérieure à 35cm<sup>2</sup>

ou

- le plus grand diamètre du manque osseux à combler est supérieur ou égal à 10cm. Ce plus grand diamètre peut être réduit à 5cm si le manque osseux à combler est situé au niveau du visage, ou si le bénéficiaire n'a pas terminé sa croissance.

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

#### 3.1. Définition

La prestation couvre l'ensemble du processus de fabrication de l'implant (scan, ...) ainsi que l'ensemble des accessoires y compris les accessoires de fixation (plaques, vis, ciment, colle ...).

#### 3.2. Critères

Pas d'application.

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

La prestation 152751-152762 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord par le médecin-conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié rédigé par le médecin spécialiste implanteur (accompagné de tout protocole d'examen médico-technique utile pour démontrer la surface à combler). Ce rapport permet au médecin conseil de juger si la demande répond aux indications reprises dans ce paragraphe, y compris en ce qui concerne la surface osseuse.

#### 4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1 doit être appliquée.

#### 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

#### 4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

### 5. Règles d'attestation

Pas d'application.

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

### 7. Divers

Pas d'application.

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 152773 | 152784 |
| 152795 | 152806 |
| 152810 | 152821 |
| 152832 | 152843 |
| 152854 | 152865 |
| 152876 | 152880 |
| 152891 | 152902 |
| 152913 | 152924 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux électrodes pour localisation des cibles en cas d'épilepsie réfractaire il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Les prestations 152773-152784, 152795-152806, 152810-152821, 152832-152843, 152854-152865, 152876-152880, 152891-152902 et 152913-152924 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un centre conventionné de référence en matière d'épilepsie réfractaire.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative.

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application.

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 170892 | 170903 |
| 170914 | 170925 |
| 170936 | 170940 |
| 170951 | 170962 |
| 170973 | 170984 |
| 170995 | 171006 |
| 171010 | 171021 |
| 171032 | 171043 |
| 171054 | 171065 |
| 171076 | 171080 |

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Les prestations ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier a conclu la convention de rééducation « centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire ».

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 170892-170903, 170914-170925 et 171010-171021, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984, 170995-171006, 171032-171043, 171054-171065 et 171076-171080 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

#### **2.1. Critères d'inclusion**

Le bénéficiaire est atteint de crises d'épilepsie partielles ou généralisées.

L'épilepsie est réfractaire, c'est-à-dire qu'un contrôle satisfaisant des crises ne peut pas être obtenu avec un des médicaments antiépileptiques potentiellement efficaces, administré seul ou en combinaison, à des doses thérapeutiques optimales et non associées à des effets secondaires inacceptables, les crises entraînant des incapacités et un handicap.

Le bénéficiaire doit avoir été traité par un traitement pharmacologique optimal. Le bénéficiaire n'a pas de contrôle satisfaisant de l'épilepsie avec au minimum trois thérapies différentes, dont au minimum une association, aux doses optimales et durant une période suffisante pour en apprécier l'efficacité.

Le bénéficiaire n'est pas éligible pour une chirurgie ou la chirurgie de l'épilepsie est un échec.

L'évaluation préchirurgicale inclut les tests suivants :

1. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises
2. IRM à haute résolution du cerveau
3. FDG-PET du cerveau
4. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants :
  - i. QI
  - ii. mémoire
  - iii. fonctions exécutives frontales
5. Évaluation psychiatrique

Au cas où un examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l'enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un stimulateur du nerf vague), la raison doit en être clairement mentionnée dans le formulaire.

L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

#### **2.1. Critères d'exclusion**

- bénéficiaires ayant subi une vagotomie cervicale gauche ou bilatérale.

### **3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984 et 170995-171006 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

#### **3.1. Définition**

Pas d'application

#### **3.2. Critères**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'

études cliniques. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Parmi les études cliniques réalisées, il faut au minimum une étude de suivi sur au minimum 100 patients suivis pendant minimum deux ans, ainsi qu'une étude clinique comparative, randomisée au minimum pendant trois mois et ayant une puissance statistique déterminée a priori d'au moins 80%. L'étude de suivi et l'étude randomisée peuvent être la même étude. Si l'utilisation du dispositif est possible chez les enfants, une étude de suivi sur au minimum 100 enfants suivis pendant minimum 2 ans devra également être fournie.

### **3.3. Condition de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984 et 170995-171006, les garanties suivantes doivent être données:

Défaut du dispositif :

Une garantie (warranty) pour un neurostimulateur non-rechargeable en cas de défaut de l'appareil doit être donnée pour une période de 24 mois pour les dispositifs implantés à partir de l'entrée en vigueur de cet arrêté.

Durée de vie :

Une garantie totale pour un neurostimulateur non-rechargeable en cas d'end-of-life doit être donnée pour une période de 24 mois pour les dispositifs implantés à partir de l'entrée en vigueur de cet arrêté.

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation**

Les prestations 170892-170903, 170914-170925, 171010-171021 et 171054-171065 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, avant implantation, par l'épileptologue au Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire B-Form-I-04 reprenant entre autre un rapport médical détaillé établi et signé par tous les membres de l'équipe multidisciplinaire responsable de l'implantation et du traitement.

En cas de doute, le Collège fait appel à une Commission Peer-review, composée des prestataires ayant signé la convention de rééducation « centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire », qui donnera un avis.

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

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et à l'épileptologue.

### **4.2. Remplacement**

#### **4.2.1. Remplacement d'un neurostimulateur**

En cas de remplacement, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, après implantation, au Collège des médecins directeurs par l'épileptologue, sur base du formulaire B-Form-I-05.

En cas de remplacement d'un neurostimulateur n'ayant pas fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

#### **4.2.2. Remplacement d'une électrode ou d'un accessoire**

Les prestations 171032-171043 et 171076-171080 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification du remplacement au médecin-conseil via le formulaire B-Form-I-06.

### **4.3. Remplacement prématuré**

Par dérogation aux dispositions du point 5.2., un renouvellement prématuré (prestation 170973-170984 ou 170995-171006) de l'intervention de l'assurance obligatoire pour le neurostimulateur (prestation 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940 ou 170951-170962) peut être accordé par le Collège des médecins-directeurs sur la base d'un rapport médical circonstancié mentionnant l'indication absolue pour un remplacement prématuré. La demande de renouvellement prématuré de la prestation est transmise, par l'épileptologue, au Collège des médecins-directeurs.

Pendant la période de garantie et en cas de dysfonctionnement qui n'est pas lié à la pathologie du bénéficiaire ou à l'évolution de sa situation médicale, le distributeur est obligé d'appliquer les conditions de garantie et de fournir une note de crédit, quel que soit le distributeur qui fournit le neurostimulateur de remplacement.

### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170892-170903 ou 170914-170925 exclut, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 171496-171500, 171555-171566 et 171614-171625 inversement.

### **5.2. Autres règles**

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170936-170940 ou 170951-170962 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 170892-170903, 170914-170925, 170936-170940, 170951-170962, 170973-170984 ou

170995-171006.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application.

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 171496 | 171500 |
| 171511 | 171522 |
| 171533 | 171544 |
| 171555 | 171566 |
| 171570 | 171581 |
| 171592 | 171603 |
| 171614 | 171625 |
| 171636 | 171640 |
| 171651 | 171662 |
| 171673 | 171684 |
| 171695 | 171706 |
| 171710 | 171721 |
| 171732 | 171743 |
| 171754 | 171765 |
| 171776 | 171780 |
| 171791 | 171802 |
| 171813 | 171824 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant les neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui cours du 1er décembre 2020 au 30 novembre 2023 inclus. Pendant cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

### 2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171614-171625, 171636-171640, 171651-171662, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants et qui a conclu la convention B-ACL-001-bis avec le Comité de l'assurance:

L'établissement hospitalier doit durant la totalité de la durée de la convention répondre aux critères ci-dessous.

**2.1. Seuls les établissements hospitaliers ayant signé la convention de rééducation des centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie rebelle peuvent adhérer à cette convention.**

L'établissement hospitalier doit avoir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

La pose d'indication, l'évaluation pré-chirurgicale, l'implantation, y compris les remplacements, la rééducation et un suivi à long terme ne peuvent être effectuées que par ces seuls établissements hospitaliers. Le Comité de l'assurance soins de santé dresse, sur proposition du Service des soins de santé, une liste, mise à jour de façon continue, avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier et l'envoi de l'information à la Commission.

L'établissement hospitalier et les médecins ayant adhéré à la convention B-ACL-001-bis s'engagent à collaborer à l'évaluation visée au point 9.

Le suivi du bénéficiaire au quotidien est permis hors de ces centres de référence.

### 2.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier doit se faire connaître auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire B-Form-II-02

## 2.3. Accord de coopération

L'établissement hospitalier ne peut conclure ni d'accord de coopération formalisé avec d'autres établissements hospitaliers ni d'associations hospitalières. De plus, l'intervention doit être réalisée dans les murs de l'établissement hospitalier habilité.

## 3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171614-171625, 171636-171640, 171651-171662, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

### 3.1. Critères d'inclusion

- 1) Le bénéficiaire est atteint d'épilepsie focale avec des crises focales complexes, avec ou sans généralisation secondaire.
- 2) Le bénéficiaire est atteint d'épilepsie réfractaire, c'est-à-dire qu'un contrôle satisfaisant des crises ne peut pas être obtenu avec un des médicaments antiépileptiques potentiellement efficaces, administré seul ou en combinaison, à des doses thérapeutiques optimales et non associées à des effets secondaires inacceptables, les crises entraînant des incapacités et un handicap.
- 3) Le bénéficiaire doit avoir été traité par un traitement pharmacologique optimal. Le bénéficiaire n'a pas de contrôle satisfaisant de l'épilepsie avec au minimum 3 thérapies différentes, dont au minimum une association, aux doses optimales et durant une période suffisante pour en apprécier l'efficacité.
- 4) Le bénéficiaire n'est pas éligible pour une chirurgie ou la chirurgie de l'épilepsie est un échec. L'évaluation préchirurgicale inclut les tests suivants :
  - a. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises
  - b. IRM à haute résolution du cerveau
  - c. FDG-PET du cerveau
  - d. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants :
    - i. QI
    - ii. mémoire
    - iii. fonctions exécutives frontales
  - e. Évaluation psychiatrique incluant entre autres les éléments suivants :
    - i. inventaire de dépression de Beck
    - ii. QoLIE-31

Au cas où un examen ne serait pas réalisable, par exemple suite à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un stimulateur pour stimulation cérébrale profonde), la raison doit en être clairement mentionnée dans le formulaire.

- 5) Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans et de maximum 65 ans lors de l'implantation.
- 6) Le bénéficiaire est capable d'utiliser un programmeur et de se soumettre aux tests demandés
- 7) Seuls les bénéficiaires clairement capables, de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cette déclaration doit expliquer de manière détaillée les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial.
- 8) Si le bénéficiaire est traité par stimulation du nerf vague et en cas de résultats insuffisants, il faut minimum 2 ans depuis la primo-implantation pour pouvoir implanter un neurostimulateur DBS et inversement.
- 9) La zone stimulée (cible) est celle qui est reprise dans les indications couvertes par le marquage CE en vigueur.

### 3.2. Critères d'exclusion

- 1) Affection neurologique ou médicale grave qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.
- 2) Toute contre-indication chirurgicale pour subir une DBS, y compris les contre-indications connues pour la DBS et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,...).

3) Utilisation inappropriée d'un produit (alcool, drogue,...), abus de substance qui ne permet pas un usage correct de l'appareil ou rendant un suivi médical/psychiatrique systématique impossible.

4) Idées suicidaires

5) Problématique chronique psychotique non stabilisée sous traitement, à l'exception de la psychose péri-ictale

#### **4. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

##### **4.1. Définition**

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

##### **4.2. Critères**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684 et 171695-171706, le dispositif doit répondre aux critères suivants :

Le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Parmi les études cliniques réalisées, il faut au minimum une étude de suivi sur au minimum 100 patients suivis pendant minimum 2 ans, ainsi qu'une étude clinique comparative, randomisée au minimum pendant 3 mois et ayant une puissance statistique déterminée a priori d'au moins 80%. L'étude de suivi et l'étude randomisée peuvent être la même étude.

##### **4.3. Conditions de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171791-171802 et 171813-171824, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- neurostimulateurs non-rechargeables :

une garantie totale de 24 mois doit être donnée pour les neurostimulateurs non-rechargeables

- neurostimulateurs rechargeables:

une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata. Pour le chargeur 171791-171802 et 171813-171824, une garantie totale de neuf ans est exigée. Les prestations 171614-171625, 171636-171640 et 171651-171662 doivent également répondre à ces conditions de garantie.

#### **5. Nombre de bénéficiaires**

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire est limité à 25 nouveaux bénéficiaires par an.

Dès que le nombre menace d'être dépassé, le Secrétariat en informe la Commission et il est demandé à l'évaluateur de communiquer un rapport. La nature du rapport est établie par la Commission.

La Commission informe les établissements hospitaliers et les distributeurs du dispositif concerné et prend les mesures nécessaires.

#### **6. Procédure de demande et formulaires**

##### **6.1 Première implantation**

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 171496-171500, 171555-171566, 171614-171625, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 et 171791-171802 se déroule comme suit:

La demande d'intervention pour les prestations 171496-171500, 171555-171566, 171614-171625, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 et 171791-171802 est introduite avant implantation par l'épileptologue sur base du formulaire B-Form-I-07 au Collège des médecins-directeurs.

Ces prestations ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance qu'après accord du Collège des médecins-directeurs. En cas de doute, le Collège des médecins-directeurs peut transmettre la demande pour avis à la Commission Peer Review,

composée des prestataires ayant signé la convention de rééducation « centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire ». Cette Commission Peer Review est alors tenue d'examiner la demande de l'équipe du centre de référence dans les trois mois. La Commission Peer Review avertit l'équipe du centre de référence qui a introduit la demande afin de lui permettre de la défendre. Au cours de la discussion portant sur les dossiers qui entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance pour la neurostimulation, un membre du Collège des médecins-directeurs ou un médecin, membre de la Commission, peut toujours être présent. Minimum deux membres de la Commission Peer Review issus de deux établissements autres que le centre de référence demandeur doivent donner leur accord.

La Commission Peer Review envoie ses conclusions argumentées (accord-refus-report) au Collège des médecins-directeurs.

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire, éventuellement sur base de l'avis remis par la Commission Peer Review et ce, pour chaque bénéficiaire individuellement.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les trente jours ouvrables. Si ce Collège a demandé un avis de la Commission peer-review, il communique sa décision motivée dans les trente jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review. Cette décision est communiquée à l'épileptologue du centre de référence concerné et qui a adhéré à la convention, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 3. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Jusqu'à l'obtention d'un marquage CE, les neurostimulateurs rechargeables ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

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

Dans ce cas, la prestation 171614-171625 doit être attestée.

## **6.2. Remplacement**

Dans le cas d'un renouvellement d'un dispositif qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire dans le cadre de cette convention, la demande pour les prestations 171511-171522, 171570-171581 171636-171640, 171695-171706, 171732-171743, 171776-171780 et 171813-171824 peut être introduite par l'épileptologue après implantation au Collège des médecins-directeurs au moyen du formulaire de demande B-Form-I-08.

La demande contient notamment un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être mentionné entre autres le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement.

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

Dans ce cas, la prestation 171636-171640 doit être attestée.

## **6.3 Remplacement anticipé**

La procédure expliquée au point 6.2. doit être appliquée.

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

Dans ce cas, la prestation 171651-171662 doit être attestée.

## **6.4 Dérogation à la procédure**

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la présente convention et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 3, une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordée suivant les modalités prévues au point 6.1.

Dans ce cas particulier, l'équipe du centre de référence fait parvenir un dossier de demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour un renouvellement au Collège des médecins-directeurs sur base des formulaires B-Form-I-07 et 08. Ce dossier comprendra les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères d'intervention de l'assurance obligatoire ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement.

Le Collège prendra la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement, éventuellement sur base de l'avis de la Commission Peer Review.

## **7. Règles d'attestation**

## 7.1 Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171496-171500, 171555-171566 ou 171614-171625 exclut, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance pour la prestation 170892-170903.

## 7.2. Autres règles

Les prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 suivent les modalités de remboursement de la catégorie A.

Les prestations 171614-171625, 171636-171640 ou 171651-171662 suivent les modalités de remboursement de la catégorie F.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171511-171522 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 171496-171500, 171511-171522 ou 171533-171544.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171570-171581 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171614-171625, 171636-171640 ou 171651-171662.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 171636-171640 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171614-171625, 171636-171640 ou 171651-171662..

## 7.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

## 8. Engagements de l'établissement hospitalier

**8.1.** L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de tenir à jour consciencieusement les caractéristiques de référence (baseline) et les données de suivi des bénéficiaires traités dans le cadre de cette convention afin de réaliser l'analyse prévue au point 9.2. Ces données doivent être conservées dans le Dossier Patient Informatisé.

**8.2.** Le pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier porte la responsabilité de communiquer, sans délai, chaque modification au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI et bien entendu à tous ceux qui sont concernés, dont en premier lieu les bénéficiaires.

Par e-mail au Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, à l'adresse suivante : [implant@riziv-inami.fgov.be](mailto:implant@riziv-inami.fgov.be).

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

## 9. Analyse

**9.1.** L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la Commission Peer Review et les organismes assureurs - nommés également évaluateur - qui ont signé la convention. Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

### 9.2. Analyse - Rapport final

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

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

Ce rapport final comprend au minimum les éléments suivants :

- 1) le nombre de patients traités, sexe, âge ;
- 2) analyse de tous les critères d'inclusion et d'exclusion dont indications, contre-indications, durée des symptômes, traitements, autres affections psychiatriques comorbides ;
- 3) résultats de la neurostimulation :
  - a. modification de la sévérité des crises
  - b. modification de la fréquence des crises
  - c. taux de répondeurs (= diminution de 50% ou plus de la fréquence des crises)

d. modification du traitement médicamenteux

4) effets secondaires, complications

5) une analyse rétrospective des coûts médicaux directs réalisée avec une comparaison des coûts cumulatifs pendant une période de un an avant l'implantation du stimulateur DBS avec les coûts cumulatifs de l'année suivant l'implantation. Les coûts étudiés seront les suivants :

a. nombre et durée des admissions en établissement hospitalier et liées à l'épilepsie. Les examens techniques relatifs au diagnostic et au traitement sont inclus, les coûts

dus à l'évaluation préchirurgicale ne font pas l'objet de l'étude

b. nombre de visite aux urgences

c. nombre de visite chez le médecin généraliste ou le neurologue

d. nombre et dose de spécialités pharmaceutiques antiépileptiques

6) une analyse des coûts indirects

7) une comparaison des résultats avec la littérature existante

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

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Ministre par l'intermédiaire de la Commission.

#### **10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante**

La convention entre en vigueur le 1er décembre 2020 et est valable jusqu'au 30 novembre 2023 inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou par un établissement hospitalier par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

La convention expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

#### **11. Divers**

A la demande de la Commission ou de l'évaluateur, une réunion peut être organisée à tout moment.

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 150835 | 150846 |
| 150850 | 150861 |
| 150872 | 150883 |
| 150894 | 150905 |
| 150916 | 150920 |
| 150931 | 150942 |
| 150953 | 150964 |
| 150975 | 150986 |
| 150990 | 151001 |
| 151012 | 151023 |
| 151034 | 151045 |
| 151056 | 151060 |
| 151071 | 151082 |
| 151093 | 151104 |
| 151115 | 151126 |
| 151130 | 151141 |
| 151152 | 151163 |
| 151174 | 151185 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux pompes en cas de douleurs neurogènes, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'intervention chirurgicale mentionnée en 2.2.1. et 2.2.2. doit se faire dans un établissement hospitalier disposant d'un service neurochirurgical qui opère effectivement sous la direction d'un médecin spécialiste en neurochirurgie et qui assure un service de garde permanent permettant au bénéficiaire de s'y adresser à tout moment en cas de problèmes éventuels de la pompe.

L'équipe pluridisciplinaire responsable de l'implantation et du traitement est composée :

- pour l'implantation mentionnée en 2.2.1. d'un neurochirurgien, d'un neurologue ou d'un anesthésiste et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre;
- pour l'implantation mentionnée en 2.2.2. , d'un neurochirurgien, d'un interniste et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 150835-150846, 150850-150861, 150872-150883, 150894-150905, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

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

#### 2.2. Indications

**2.2.1.** L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations, 150835-150846, 150894-150905, 150850-150861, 150872-150883, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 doit être pratiquée pour le traitement, par administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique, du syndrome de douleurs neurogènes de longue durée, d'origine centrale ou médullaire ou radiculaire ou secondaire à une lésion traumatique d'un nerf périphérique, réfractaires au traitement chirurgical et/ou pharmacothérapeutique.

**2.2.2.** L'implantation des dispositifs prévus sous les prestations 150835-150846, 150894-150905, 150850-150861, 150872-

150883, 150916-150920, 150931-150942, 150953-150964, 150975-150986 et 150990-151001 doit être pratiquée pour le traitement de la douleur consécutive à une pancréatite chronique pour laquelle le traitement pharmacologique courant n'a pas donné de résultat favorable ou a entraîné des effets secondaires sérieux.

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

4.1.1. Pour les prestations 150835-150846, 150894-150905, 150953-150964, 150975-150986 dans les indications reprises sous 2.2.1. et 2.2.2:

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil, sur la base du formulaire B-Form-I-01 (Partie 1), ainsi que d'un rapport médical circonstancié établi et signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire responsable de l'implantation et du traitement.

Le rapport doit comporter les éléments suivants :

a) l'anamnèse avec mention des traitements déjà appliqués qui sont restés sans résultats.

b)

- un diagnostic, la nature des lésions et leur caractère irréversible pour l'implantation mentionnée en 2.2.1.;

ou

- le diagnostic stipulant qu'il s'agit bien de douleurs consécutives à une pancréatite chronique pour l'implantation mentionnée en 2.2.2.

c)

- l'indication et l'évaluation multidisciplinaire avec un bilan psychologique et/ou psychiatrique, effectué avant la thérapie d'essai pour l'implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.2.

d)

- les résultats d'une thérapie d'essai (pour l'implantation mentionnée en 2.2.1. et 2.2.2., il s'agit d'administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique) réalisée pendant une période de vingt-huit jours, dont quatorze jours au moins se passent extra-muros, au domicile du bénéficiaire.

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

a) douleur;

b) médication;

c) activités de la vie journalière;

d) qualité de vie.

L'évaluation doit être effectuée deux fois en indiquant les dates, une première fois avant la thérapie d'essai et une seconde fois après les vingt-huit jours de la thérapie d'essai.

La thérapie d'essai peut être considérée comme positive lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément :

- diminution d'au moins 50 % de la douleur;

et

- réduction manifeste de la médication (réduction des doses, retour à une médication de type analgésiques mineurs ou suppression de la médication);

et

- amélioration significative dans les scores "activités de la vie journalière" et "qualité de vie".

#### 4.1.2. Pour la prestation 150990-151001 dans l'indication 2.2.1. :

Le cathéter utilisé pour la stimulation d'essai peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire après notification

par le médecin-spécialiste au médecin-conseil pour autant que les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins vingt-huit jours se soient révélés négatifs et que tous les autres critères de remboursement repris aux points 1. et 2. susvisés soient réalisés.

## **4.2. Remplacement**

Pour les prestations 150850-150861, 150916-150920, 150953-150964 :

Les prestations ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification du remplacement au médecin-conseil, sur la base du formulaire B-Form-I-01 (Partie 2), pour autant que la première implantation ait fait l'objet d'un accord du médecin-conseil. En cas de remplacement d'une pompe n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

## **4.3. Remplacement prématuré**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150872-150883 ou 150931-150942 pour un remplacement prématuré, c'est-à-dire avant le délai de trois ans repris au point 5.1., peut être accordée par le médecin conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré de la pompe.

Une intervention de l'assurance obligatoire (prestations 150872-150883 ou 150931-150942), dans le délai de trois ans, pour le remplacement prématuré d'une pompe programmable (150835-150846 ou 150850-150861) par une pompe à débit constant (150894-150905 ou 150916-150920), et inversement, peut être accordée par le médecin-conseil sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

## **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

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

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

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150850-150861 ou 150916-150920 ne peut être accordée qu'après un délai de trois ans à compter à partir de la date de l'implantation de la prestation 150835-150846 ou 150894-150905 ou 150850-150861 ou 150872-150883 ou 150916-150920 ou 150931-150942.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150835-150846, 150850-150861 ou 150872-150883 exclut, pendant une période de trois ans, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 150894-150905, 150916-150920 ou 150931-150942, et inversement.

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

### **5.2 Autres règles**

Pas d'application.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Divers**

Pas d'application.



**Prestations liées**

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>173014</b> | <b>173025</b> |
| <b>173036</b> | <b>173040</b> |
| <b>173051</b> | <b>173062</b> |
| <b>173073</b> | <b>173084</b> |
| <b>173095</b> | <b>173106</b> |
| <b>173110</b> | <b>173121</b> |
| <b>173132</b> | <b>173143</b> |
| <b>173176</b> | <b>173180</b> |
| <b>173191</b> | <b>173202</b> |
| <b>173250</b> | <b>173261</b> |
| <b>173294</b> | <b>173305</b> |
| <b>173316</b> | <b>173320</b> |
| <b>173375</b> | <b>173386</b> |
| <b>173390</b> | <b>173401</b> |
| <b>173412</b> | <b>173423</b> |
| <b>173434</b> | <b>173445</b> |
| <b>173456</b> | <b>173460</b> |
| <b>173471</b> | <b>173482</b> |
| <b>173493</b> | <b>173504</b> |
| <b>173515</b> | <b>173526</b> |
| <b>173530</b> | <b>173541</b> |
| <b>183654</b> | <b>183665</b> |
| <b>183676</b> | <b>183680</b> |
| <b>183691</b> | <b>183702</b> |
| <b>183713</b> | <b>183724</b> |
| <b>183735</b> | <b>183746</b> |
| <b>183750</b> | <b>183761</b> |
| <b>183772</b> | <b>183783</b> |
| <b>183794</b> | <b>183805</b> |
| <b>183816</b> | <b>183820</b> |
| <b>183831</b> | <b>183842</b> |
| <b>183853</b> | <b>183864</b> |
| <b>183875</b> | <b>183886</b> |
| <b>183890</b> | <b>183901</b> |
| <b>183912</b> | <b>183923</b> |
| <b>183934</b> | <b>183945</b> |
| <b>183956</b> | <b>183960</b> |
| <b>183971</b> | <b>183982</b> |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

## 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 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. L'établissement hospitalier doit garantir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.**

L'établissement hospitalier, dans lequel se déroulent la pose de l'indication et l'implantation, dispose d'une équipe TOC composée d'au moins 1 neurochirurgien et d'au moins 2 psychiatres.

L'équipe multidisciplinaire doit disposer d'une expérience tant sur le plan chirurgical, y compris concernant la stimulation cérébrale profonde, que psychiatrique pour le traitement des troubles obsessionnels compulsifs.

L'expertise des psychiatres doit être démontrée par la mise à disposition d'un aperçu des publications scientifiques dans des revues peer-reviewed, des lectures lors de congrès ou des preuves de la participation à des formations pertinentes qui démontrent l'expertise dans le domaine de la prise en charge de patient avec des TOC.

Bien que ces médecins spécialistes puissent travailler dans plusieurs établissements hospitaliers, ils ne peuvent faire partie que d'une seule équipe TOC.

### 1.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire B-Form-II-03 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers ; les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date.

Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement hospitalier. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire B-Form-II-03 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire B-Form-II-03 mis à jour.

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

### 2.1. Critères d'inclusion

1. Le tableau clinique du bénéficiaire doit répondre aux TOC selon les critères DSM-5 et cela doit être le diagnostic principal.
2. Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation.
3. Seuls les bénéficiaires clairement capables, de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Cette déclaration doit expliquer de manière détaillée les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial.

Le bénéficiaire s'engage également à un follow-up post-opératoire. Pendant et après l'implantation, les bénéficiaires doivent être évalués et conservent le droit de se retirer à tout moment de la procédure complète. L'intervention ne vise qu'à diminuer les symptômes TOC du bénéficiaire et par conséquent améliorer la qualité de vie du bénéficiaire et ne peut jamais être utilisé à des fins politiques, sociales ou dans le cadre d'obligations légales.

4. Le questionnaire validé standardisé/l'interview doit démontrer que le sujet satisfait aux critères de trouble obsessionnel compulsif. Toutes les obsessions et compulsions présentes sont répertoriées sur la Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), et les bénéficiaires doivent obtenir un score minimum de 30/40 en ce qui concerne la gravité si on constate la présence d'obsessions et de compulsions, et un score de 18/20 minimum si seule la présence d'obsessions ou de compulsions est constatée. En ce qui concerne le fonctionnement, le "Global Assessment of Functioning" (GAF) ne peut obtenir qu'un score de 45 maximum.

Ces scores sont obtenus après échec des traitements repris au point 6) et de la psychothérapie comportementale décrite au point 7).

Il y a lieu d'effectuer une analyse approfondie par des tests neuropsychologiques afin de bien déterminer la pathologie.

5. Le bénéficiaire doit souffrir de ce trouble depuis 5 ans minimum, les obsessions ou compulsions n'ont pas pu être contrôlées suffisamment par un traitement optimal (cfr point 6) et 7)) et l'équipe TOC estime que le pronostic est négatif sans intervention.

6. Le bénéficiaire doit avoir été traité par un traitement pharmacologique optimal. Le bénéficiaire doit avoir été traité au minimum avec tous les traitements suivants:

- a) minimum 2 SSRI's différents, à chaque fois avec la dose thérapeutique maximale durant au moins 12 semaines et
- b) clomipramine à une dose thérapeutique maximale durant 12 semaines et
- c) d'autres stratégies pharmacologiques comme exigé dans les recommandations EBM (evidence based medicine) en vigueur et ce, sans résultats satisfaisants.

7. Le bénéficiaire doit être traité par une psychothérapie comportementale, menée par un thérapeute ayant une formation et expérience en thérapie cognitivo-comportementale (TCC) consistant en une exposition in vivo avec prévention de la réponse et avoir reçu une thérapie cognitive intensive suffisante d'au moins 25 séances dans une période de 12 mois; et ceci sans résultats suffisants.

## 2.2. Critères d'exclusion

1. Affection neurologique ou médicale grave démontrable, ou affection du cerveau organique qui constitue une contre-indication pour une intervention cérébrale.
2. Toute contre-indication chirurgicale pour subir une stimulation cérébrale profonde, y compris les contre-indications connues pour la stimulation cérébrale profonde et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,...).
3. Délirium ou des épisodes aigus mixte/psychotique/(hypo)maniaques selon la DSM-5.
4. Désir suicidaire actif
5. Problématique chronique psychotique qui n'est pas stabilisé sous traitement.
6. Troubles liés à un produit pour lesquels un usage correct de l'appareil ou pour lesquels un follow-up médical/psychiatrique systématique n'est pas possible.
7. Démence ou trouble amnésique (persistant) ou trouble cognitif NS (non-spécifié) selon DSM-5.

## 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-

183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

### 3.1. Définition

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

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

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

### 3.2. Critères

Tout nouveau dispositif ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1., doit faire l'objet d'une demande de modification de la Liste.

Pour toute nouvelle inscription sur la liste nominative, le demandeur doit démontrer que le système de neurostimulation correspond à la définition reprise au point 3.1. et prouver que les seuls modes de programmation de la stimulation accessibles au bénéficiaire et à l'équipe TOC responsable de l'implantation, seront ceux déjà pris en charge par l'assurance obligatoire.

### 3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320, 173515-173526, 173530-173541, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Neurostimulateurs non-rechargeables :

Une garantie totale de 24 mois doit être donnée pour les neurostimulateurs non-rechargeables.

- Neurostimulateurs rechargeables:

Une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata.

Pour le chargeur 173515-173526, 173530-173541, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 et 183971-183982, une garantie totale de neuf ans est exigée.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. Première implantation

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173132-173143, 173250-173261, 173375-173386, 173434-173445, 173471-173482, 173515-173526, 183654-183665, 183676-183680, 183772-183783, 183831-183842, 183875-183886 et 183912-183923 se déroule comme suit:

La demande d'intervention pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173132-173143, 173250-173261, 173375-173386, 173434-173445, 173471-173482, 173515-173526, 183654-183665, 183676-183680, 183772-183783, 183831-183842, 183875-183886 et 183912-183923 est introduite avant implantation par l'équipe TOC sur base du formulaire B-Form-I-10 au Collège des médecins-directeurs.

En sus de la motivation du centre qui introduit le dossier, le dossier doit obligatoirement comprendre la déclaration de consentement éclairé et un second avis psychiatrique, sous forme d'un rapport médical circonstancié établi lors d'une consultation avec le bénéficiaire, d'un service psychiatrique autre que celui du centre où se déroulera l'implantation. Cet autre service psychiatrique doit faire partie d'un établissement hospitalier qui doit également avoir une expertise dans les domaines de la stimulation cérébrale profonde et des TOC. La preuve de cette expertise peut en tout temps être demandée.

Le Collège des médecins-directeurs peut encore sur sa propre initiative demander un troisième avis.

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire sur base de l'avis remis par la Commission Peer Review et ce, pour chaque bénéficiaire individuellement.

Les membres de la Commission Peer Review sont des représentants du Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, en particulier sa section "Commission belge de Neurochirurgie pour affections psychiatriques" et des équipes pluridisciplinaires TOC.

Les représentants de la Commission belge de neurochirurgie pour affections psychiatriques se compose au moins de psychiatres et de neurochirurgiens et d'un éthicien de différents centres répartis sur l'ensemble du pays.

La Commission Peer Review est tenue d'examiner la demande de l'équipe TOC dans les 6 mois.

La Commission Peer Review avertit l'équipe TOC qui a introduit la demande afin de lui permettre de la défendre.

Au cours de la discussion portant sur les dossiers relatifs au remboursement de la neurostimulation, un membre du Collège des médecins-directeurs ou un médecin, membre de la CRIDMI, peut toujours être présent.

Minimum 4 membres dont minimum 2 psychiatres de la Commission Peer Review doivent donner leur accord.

Pour ce faire, la Commission Peer Review envoie sa conclusion argumentée (accord-refus-report) au Collège.

Le Collège communique sa décision motivée dans les 30 jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review.

Cette décision est communiquée à l'équipe TOC concernée, aux bénéficiaires concernés via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

En l'absence d'un marquage C.E. dans cette indication, les neurostimulateurs, les électrodes et les extensions ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au Collège des médecins-directeurs.

Dans ce cas, les prestations 173250-173261, 183654-183665, 183676-183680, 183772-183783, 183831-183842, 183875-183886 et 183912-183923 doivent être attestées.

#### **4.2. Remplacement**

Dans le cas d'un remplacement d'un dispositif qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, la demande pour les prestations 173051-173062, 173095-173106, 173176-173180, 173294-173305, 173390-173401, 173456-173460, 173493-173504, 173530-173541, 183691-183702, 183735-183746, 183794-183805, 183853-183864, 183890-183901 et 183934-183945 peut être introduite par l'équipe TOC après implantation au Collège des médecins-directeurs au moyen du formulaire de demande B-Form-I-11.

La demande contient entre autres un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement et elle doit être envoyée au Collège des médecins-directeurs.

En l'absence d'un marquage C.E. dans cette indication, les neurostimulateurs, les électrodes et les extensions ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au collège des médecins-directeurs.

Dans ce cas, les prestations 173294-173305, 183691-183702, 183735-183746, 183794-183805, 183853-183864, 183890-183901 et 183934-183945 doivent être attestées.

#### **4.3. Remplacement anticipé**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 173073-173084 ou 173110-173121 ou 173191-173202 ou 173316-173320 ou 183713-183724 ou 183750-183761 ou 183956-183960 ou 183971-183982 pour un remplacement anticipé peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

En l'absence d'un marquage C.E. dans cette indication, les neurostimulateurs, les électrodes et les extensions ne peuvent être implantés qu'après avoir obtenu une dérogation auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS). Une copie de cette dérogation sera fournie au collège des médecins-directeurs.

Dans ce cas, les prestations 173316-173320, 183713-183724, 183750-183761 et 183956-183960 doivent être attestées.

#### **4.4 Dérogation à la procédure**

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de ce remboursement et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 2, un remboursement pour le renouvellement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 4.1.

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

Ce dossier comprendra les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de

remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement.

Le Collège prendra la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement sur la base de l'avis de la Commission Peer Review.

## **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 les prestations 173051-173062, 173095-173106, 183691-183702 et 183735-183746 ne peut être accordée que minimum deux ans après la prestation 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746 ou 183750-183761.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173176-173180 et 173294-173305 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173250-173261, 173294-173305 ou 173316-173320.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173530-173541 et 183934-183945 ne peut être accordée que minimum neuf ans après la prestation 173515-173526, 173530-173541, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 ou 183971-183982.

### **5.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pour au plus tard le 1er décembre 2024, les membres de la peer review doivent rédiger un rapport et le transmettre à la Commission. Le rapport doit contenir au moins les éléments suivants :

- Etat des lieux de la stimulation cérébrale profonde en cas de TOC ;
- Analyse des nouvelles alternatives.

## **7. Divers**

La Commission peut, en tout temps, demander à la Commission Peer Review une évaluation avec rapport.

La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 173552 | 173563 |
| 173574 | 173585 |
| 173596 | 173600 |
| 173611 | 173622 |
| 173633 | 173644 |
| 173655 | 173666 |
| 173670 | 173681 |
| 173692 | 173703 |
| 173714 | 173725 |
| 173736 | 173740 |
| 173751 | 173762 |
| 173773 | 173784 |
| 173795 | 173806 |
| 173810 | 173821 |
| 173832 | 173843 |
| 173854 | 173865 |
| 173876 | 173880 |
| 173891 | 173902 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas de mouvements anormaux, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

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

- l'établissement hospitalier concerné doit avoir une permanence en neurochirurgie et en neurologie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;

et

- seuls les établissements hospitaliers qui disposent d'une équipe « mouvements anormaux » (EMA) se composant de minimum deux neurochirurgiens (ETP) et de minimum deux neurologues (ETP), chacun disposant d'une expertise théorique et clinique ainsi que d'une expérience en matière de stimulation cérébrale profonde (les deux collaborant avec une équipe de neurologues et de neurochirurgiens liée à l'établissement hospitalier);

et

- cette EMA comprend également un (ou plusieurs) psychologue(s) compétent(s) en matière d'évaluation neuropsychologique et familiarisé(s) avec l'approche du groupe cible des bénéficiaires concernés, y compris la comorbidité neurologique et psychique fréquemment associée ;

et

- l'EMA comprend aussi le personnel nécessaire et formé pour régler le dispositif et instruire le bénéficiaire et son entourage en la matière ;

et

- l'établissement hospitalier met un opérateur et une installation vidéo adéquate à la disposition de l'EMA afin de réaliser les évaluations vidéo comme stipulées ci-après ;

et

- l'EMA doit disposer d'une expérience tant sur le plan chirurgical que neurologique. Elle doit ainsi faire preuve d'une certaine expérience en matière de stimulation cérébrale profonde ainsi que d'une expertise spécifique et d'une expérience clinique démontrée pour le traitement des mouvements anormaux ;

et

- l'expertise doit être démontrée par la mise à disposition des résultats obtenus chez 10 patients atteints de mouvements anormaux qui ont été traités par stimulation cérébrale profonde ;

et

- chaque indication de stimulation cérébrale profonde est faite lors d'une réunion de l'EMA à laquelle au moins le neurochirurgien, le neurologue et le psychologue susmentionnés participent ;

et

- la stimulation cérébrale profonde est effectuée, dans le cadre du présent règlement, par le neurochirurgien de l'EMA, qui détermine l'indication, la cible de la stimulation reprise dans les indications couvertes par le marquage CE en cours et le type

de dispositifs à utiliser, et ce après une évaluation standardisée et en concertation avec l'EMA définie ci-dessus. Après une stimulation d'essai favorable, il passe à l'implantation définitive ;

et

- les membres de l'EMA ne peuvent appartenir qu'à une seule EMA d'un seul établissement hospitalier.

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

La Commission dressera une liste avec la composition de l'EMA par établissement hospitalier.

Les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés ci-dessus sont communiquées spontanément endéans les 3 mois par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrier à : I.N.A.M.I., Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles ou par e-mail à [implant@inami.fgov.be](mailto:implant@inami.fgov.be).

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

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

### **2.1. Critères d'inclusion**

1) Bénéficiaires atteints de :

- a) dystonie primaire, c'est-à-dire dont la dystonie ne fait pas suite à une affection évolutive et qui n'est pas accompagnée d'une autre pathologie cérébrale grave, et qui ne réagissent plus aux médicaments ;
- b) tremblements secondaires qui ne réagissent plus aux médicaments, par exemple en cas de sclérose en plaques, tremblements post-traumatiques, ... Ces tremblements doivent pouvoir être objectivés sur des échelles validées.
- c) PKAN (panthotenate kinase associated neurodegeneration)
- d) dystonies dites secondaires, sans lésions pertinentes visibles à l'IRM qui agissent sur le système extra-pyramidal.

2) Seuls les bénéficiaires (ou éventuellement leur responsable légal) clairement capables, de décider de leur plein gré, via une déclaration de consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes et d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte.

Cette déclaration doit reprendre les avantages et inconvénients du traitement, les risques ainsi que l'impact psychosocial et l'obligation de suivi du traitement après implantation.

3) Le bénéficiaire a subi un examen neuropsychologique avec évaluation des fonctions cognitives.

Cet examen neuropsychologique validé et détaillé (durée minimum de 45 minutes) des fonctions cognitives importantes atteintes dans le syndrome démentiel (selon DSM IV) : la mémoire, l'aptitude langagière, l'aptitude visuo-spatiale et les fonctions de l'attention et les aptitudes à l'exécution.

## **2.2. Critères d'exclusion**

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

ou

2) Toute contre-indication chirurgicale pour subir une stimulation cérébrale profonde, y compris les contre-indications connues pour la stimulation cérébrale profonde et/ou pour l'exécution d'une IRM préopératoire, contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie ou autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (une affection cardio-vasculaire grave, coagulopathie,...).

ou

3) Démence.

## **3. Critères concernant le dispositif**

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

### **3.1. Définition**

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

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

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

### **3.2. Critères**

Tout nouveau dispositif ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1., doit faire l'objet d'une demande d'inscription sur la Liste.

Pour toute nouvelle inscription sur la liste nominative, le demandeur doit démontrer que le système de neurostimulation correspond à la définition reprise au point 3.1. et prouver que les seuls modes de programmation de la stimulation accessibles au bénéficiaire et à l'EMA responsable de l'implantation, seront ceux déjà pris en charge par l'assurance obligatoire.

### **3.3. Conditions de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173670-173681, 173692-173703, 173714-173725, 173876-173880 et 173891-173902, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

#### **a) Neurostimulateurs non-rechargeables :**

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

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

#### **b) neurostimulateurs rechargeables:**

Une garantie de neuf ans doit être donnée pour les neurostimulateurs rechargeables : une garantie totale pour les cinq premières années et pour les quatre années suivantes une garantie au prorata.

Pour le chargeur (173876-173880 et 173891-173902), une garantie totale de neuf ans est exigée.

#### **4. Procédure de demande et formulaires**

##### **4.1 Première implantation**

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843 et 173876-173880 se déroule comme suit:

La demande d'intervention pour les prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843 et 173876-173880 est introduite avant implantation par l'EMA sur la base du formulaire B-Form-I-13 au Collège des médecins-directeurs qui soumettra la demande pour avis à la Commission Peer Review.

En sus de la motivation du centre qui introduit le dossier, le dossier doit obligatoirement comprendre la déclaration de consentement éclairé et l'enregistrement vidéo du bénéficiaire.

Les membres de la Commission Peer Review sont issus de la Société belge de neurochirurgie, et plus particulièrement sa section Neurochirurgie stéréotaxique et fonctionnelle (ou "section BSSFN") et des équipes pluridisciplinaires de mouvements anormaux (EMA).

La section BSSFN se compose au moins de neurologues et de neurochirurgiens, ayant une connaissance particulière et une expérience clinique en matière de diagnostic et de traitement des troubles du mouvement, de différents centres répartis sur l'ensemble du pays.

Cette Commission Peer Review est tenue de se réunir trois fois par an afin d'examiner les demandes des EMA.

La Commission Peer Review avertit l'EMA qui a introduit la demande afin de lui permettre de la défendre.

Au cours de la discussion portant sur les dossiers relatifs au remboursement de la neurostimulation, des membres du Collège des médecins-directeurs et des représentants de l'INAMI, peuvent toujours être présents.

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

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

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire sur la base de l'avis remis par la Commission Peer Review et ce, pour chaque bénéficiaire individuellement.

Pour ce faire, la Commission Peer Review envoie sa conclusion argumentée (accord-refus-report) au Collège.

Le Collège communique sa décision motivée dans les 30 jours ouvrables après réception du rapport de la Commission Peer Review.

Cette décision est communiquée à l'EMA concernée, au bénéficiaire concerné via son organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications mentionnées au point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.2. Remplacement**

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

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

#### **4.3 Remplacement anticipé**

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

#### **4.4. Suivi du traitement après implantation**

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

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

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

#### **4.5. Dérogation à la procédure**

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

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

Ce dossier comprendra les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doit être entre autres mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du renouvellement.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

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

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

#### **5.2. Autres règles**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

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

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

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

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

récente avec rapport.

La nature du rapport est établie par la Commission.

## **7. Divers**

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

## Prestations liées

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

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale en cas de Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) des membres inférieurs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire ainsi que ses modalités concernant un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs, dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court du 01/12/2019 au 30/11/2024 (info : période de 5 ans). A l'issue de cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

### 2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans l'établissement hospitalier qui répond aux critères suivants et qui a conclu la convention B-ACL-04 avec le Comité de l'assurance.

L'établissement hospitalier doit, durant la totalité de la durée de la convention, répondre aux critères ci-dessous :

#### 2.1. Critères pour l'établissement hospitalier

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

#### 2.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier qui répond aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur la base du formulaire B-Form-II-05.

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

### 3. Critères concernant le bénéficiaire

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

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

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

#### 3.2. Indications

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

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

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

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

#### **4. Critères concernant le dispositif**

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

##### **4.1. Définition**

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

La neurostimulation tonique est réalisée à une fréquence unique et constante dans une même programmation. La stimulation électrique ne consiste pas en un groupe d'impulsions se succédant rapidement, suivie d'une période sans impulsion, avant que le groupe d'impulsions soit répété.

##### **4.2. Critères**

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

##### **4.3. Conditions de garantie**

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

#### **5. Nombre de bénéficiaires**

Pas d'application.

#### **6. Procédure de demande et formulaires**

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

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

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

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

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

##### **6.1 Première implantation**

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

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

cette thérapie d'essai.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) antécédents médicaux et chirurgicaux;
- b) distribution anatomique de la douleur spontanée et/ou provoquée montre une distribution régionale claire dans les membres inférieurs ;
- c) évaluation nociceptive clinique et objective démontrant la conformité aux critères de diagnostic du CRPS (critères de Budapest) et avec une description des symptômes et des troubles présents dans les catégories suivantes: sensoriel, vasomoteur, sudomoteur/œdème et moteur/trophique;
- d) il est démontré que les douleurs du bénéficiaire sont réfractaires à un traitement multidisciplinaire intégré maximal (kinésithérapie actif, pharmacologique multimodal, interventionnel et psychologique);
- e) le bénéficiaire présente sur une base journalière une intensité moyenne de la douleur supérieure à 4/10 (NRS > 4);
- f) les éléments médicaux démontrent que le traitement de fond actuel résulte en une analgésie insuffisante et/ou un nombre trop important d'effets secondaires ;
- g) les éléments médicaux fournis démontrent que d'autres causes de la douleur ont été recherchées et exclues.

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

- a) Exclusion de la présence éventuelle de red flags et identification de la présence éventuelle de yellow flags et de blue flags;
- b) Symptom checklist (SCL-90 revised);
- c) Pain Coping Inventory (PCI);

d) Illness Attitude Scale (IAS);

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

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

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

ii. Qualité du repos nocturne (NRS);

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

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

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

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

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

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

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

Le rapport circonstancié doit comporter au minimum les éléments suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

et

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

et

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

et

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

et

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

et

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **6.2. Remplacement**

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

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

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

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

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

## **6.3 Remplacement anticipé**

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

## **6.4. Suivi du traitement après implantation**

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

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

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

## 6.5 Dérogation à la procédure

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la convention et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 3, une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 6.2.

## 7. Règles d'attestation

### 7.1 Règles de cumul et de non-cumul

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

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

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

### 7.2. Autres règles

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

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

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

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

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

### 7.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

## 8. Engagements de l'établissement hospitalier

**8.1.** L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de conserver scrupuleusement et intégralement les caractéristiques de référence (baseline) et les données relatives au suivi des bénéficiaires dans le cadre de la présente convention.

Les paramètres à enregistrer doivent permettre de faire une évaluation en vue de répondre aux questions de recherche définies au point 9.3 et de rédiger le rapport intermédiaire et final comme fixé aux points 9.2 et 9.3.

Cet enregistrement doit toujours contenir au minimum les critères qui ont conduit à opter pour un neurostimulateur des ganglions de la racine dorsale en cas de CRPS des membres inférieurs.

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

Lorsque la Commission constate, à l'occasion d'une recherche du service ou dans le rapport intermédiaire que, pour un établissement hospitalier adhérent, plus de 20% des suivis sont manquants ou incomplets, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement.

Le Service en informe l'établissement hospitalier. La suspension de l'intervention est levée lorsque les données de suivi sont correctement complétées endéans les trois mois après que l'établissement hospitalier ait été informé par le Service.

Quand l'établissement hospitalier n'atteint pas le pourcentage minimum exigé pour le suivi endéans les trois mois après qu'il ait été averti par le Service, la convention avec cet établissement hospitalier est résiliée. Le Service en informe la Commission et le Comité de l'Assurance.

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

Dès l'instant où il est constaté qu'un établissement hospitalier ne satisfait plus aux conditions visées au point 2.1., celui-ci perd le droit d'attester les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 pour les prestations effectuées pendant les trois mois qui suivent la date de la notification de cet avertissement. Durant cette période, l'établissement hospitalier peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, la convention avec cet établissement hospitalier est immédiatement résiliée. Le Service en informe la Commission et la Comité de l'assurance.

## **8.2. Communication de toute modification**

Pendant tout la durée de la convention, les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui induisent qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 2, sont communiquées spontanément par le coordinateur du CMD au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles et par e-mail à [implant@riziv-inami.fgov.be](mailto:implant@riziv-inami.fgov.be).

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

## **9. Analyse**

**9.1.** L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la Commission Peer Review désignée par la BPS en concertation avec les établissements hospitaliers et les organismes assureurs qui ont signé la convention.

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

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

## **9.2. Analyse intermédiaire - Rapport**

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

Le rapport comprend au minimum les données suivantes :

- 1) nombre de patients traités sous les prestations 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 et 174650-174661 par établissement hospitalier qui a adhéré à la convention ;
- 2) paramètres lors du suivi :
  - localisation des électrodes (niveau du ganglion dorsal) et côté ;
  - paramètres de stimulation et réglages du neurostimulateur ;durée de vie du neurostimulateur ;
- 3) pourcentage d'explantation définitive ;
- 4) pourcentage de suivi annuel manquant et raison du manque de suivi, par établissement hospitalier.

Si ce rapport intermédiaire n'est pas communiqué à la date précitée, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut décider d'arrêter le remboursement du dispositif.

## **9.3. Analyse - Rapport final**

Au plus tard le 31/05/2024 (date de fin moins 6 mois), la Commission de peer-review doit rédiger un rapport final sur la base des données collectées et le communiquer à la Commission.

Le rapport final doit répondre aux questions suivantes:

1. Quel est l'effet analgésique de la stimulation DRG (Dorsal Root Ganglion) à court et à long terme ?
2. Quel est l'effet de la stimulation DRG sur la revalidation fonctionnelle et la réintégration des patients ?

3. Quel est l'impact de la stimulation DRG sur les paramètres de qualité de vie (QoL - au moyen de l'enquête EQ-5D-5L) ?
4. Le dispositif peut-il être implanté sans risque de complications sérieuses et son utilisation est-elle sûre et fiable à long terme?
5. Le dispositif reste-t-il fonctionnel pendant plusieurs années sans l'apparition d'autres problèmes importants pour le bénéficiaire, tels que le déplacement des électrodes, une perte d'efficacité, des saignements ou une fibrose, etc ?
6. Quel est le rapport coût-efficacité de ce dispositif par rapport aux alternatives thérapeutiques?

Ce rapport final doit contenir au moins les éléments suivants :

- 1) Une revue systématique de la littérature au sujet de la stimulation DRG, accompagnée d'une discussion des publications identifiées et des différents dispositifs médicaux, en particulier une discussion des études cliniques. Cette revue systématique de la littérature doit être actuelle jusqu'à six mois avant la date de remise du rapport final.
- 2) Une analyse de la population des patients dans le registre interactif, portant au moins sur :
  - a. Les données démographiques ;
  - b. Un aperçu des critères qui ont mené à la décision de l'utilisation de l'implant ;
  - c. La sécurité liée à la procédure et succès;
  - d. Le nombre d'implantations par établissement hospitalier ;
  - e. Une discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec la littérature (études cliniques et registres).
- 3) Une analyse des données de suivi collectées. Cela comporte au minimum :
  - a. Les décès avec leurs causes ;
  - b. L'apparition de divers effets secondaires majeurs jusqu'à une année après l'implantation ou un suivi plus long, si disponible ;
  - c. Une discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec ceux de la littérature (études cliniques et registres).
- 4) Une analyse rétrospective des frais médicaux directs pendant un an avant l'implantation, pour l'implantation elle-même (consultation, tests diagnostiques et évaluation avant implantation, l'implantation et l'hospitalisation) et pour chaque année complète suivant l'implantation. Les frais suivants sont analysés :
  - a. Coûts liés à la procédure d'implantation
  - b. Coût de la prise en charge des principales complications aiguës/péri- et post-procédurales;
  - c. Coût liés à la prise en charge des complications majeures post-procédurales et coûts associés aux révisions ;
  - d. Coûts liés à la ré-hospitalisation ;
  - e. Une discussion de cette analyse.
- 5) Une proposition détaillée relative aux indications et contre-indications pouvant être inscrites dans les conditions de remboursement. Chacune des indications proposées doit être motivée sur la base de la revue de littérature ou des résultats obtenus sous cette ACL.
- 6) Un examen de la plus-value thérapeutique, l'intérêt dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux, et la proportion entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique (efficacité), de sorte que la Commission puisse proposer une réglementation définitive motivée au Ministre.

Les organismes assureurs fourniront les données demandées sous le point 4 du rapport final (une analyse rétrospective des frais médicaux directs) pour au plus tard 6 mois avant le rapport final afin que la Commission peer-review puisse effectuer l'analyse des coûts.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Ministre par l'intermédiaire de la Commission.

## 10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante

La convention entre en vigueur le 01/12/2019 et est valable jusqu'au 30/11/2024 (date de début + 5 ans) inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou par un établissement hospitalier, par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

La convention expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

## **11. Divers**

A la demande de la Commission ou de l'évaluateur, une réunion peut être organisée à tout moment.

## C. Oto-rhino-laryngologie

### C.1 Intervention sur l'oreille

#### C.1.1 Implant cochléaire

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

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**152935 - 152946**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31101

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

15.983,84 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** C-§01

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**152950 - 152961**

Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire, ayant une perte auditive bilatérale sévère

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31102

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

15.983,84 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** C-§01

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**152972 - 152983**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

15.983,84 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** C-§01

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**152994 - 153005**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31202

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

15.983,84 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** C-§01

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/04/2015

**170811 - 170822**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31106

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*15.983,84 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*C-§01*

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/04/2015

**170833 - 170844**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31107

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*15.983,84 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*C-§01*

---

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

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/08/2019

**180574 - 180585**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31101

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*15.983,84 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*C-§01*

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/08/2019

**180596 - 180600**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31102

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*15.983,84 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*C-§01*

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/08/2019

### 180611 - 180622

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*15.983,84 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

C-§01

---

Date dernière modification : 1/12/2019

Date première publication :  
1/08/2019

### 180633 - 180644

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31202

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*15.983,84 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

C-§01

---

### C.1.1.3 Implant cochléaire en cas de neuropathie auditive

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2019

### 180655 - 180666

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31101

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*15.983,84 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

C-§01

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2019

### 180670 - 180681

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31102

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*15.983,84 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

C-§01

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2019

### 180692 - 180703

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

15.983,84 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

C-§01

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/08/2019

### 180714 - 180725

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31202

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

15.983,84 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

C-§01

---

### C.1.1.4 Remplacements

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

### 153016 - 153020

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31103

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

5.138,38 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

C-§01

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

### 153031 - 153042

Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31104

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

5.138,38 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

C-§01

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**153053 - 153064**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31203

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.138,38 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*C-§01*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**153075 - 153086**

Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable pour l'oreille contralatérale, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31204

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.138,38 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*C-§01*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**153090 - 153101**

Remplacement de la partie à implanter d'un implant cochléaire pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes (sans processeur vocal)

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31105

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*10.845,46 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*C-§01*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**153112 - 153123**

Remplacement de la partie à implanter d'un implant cochléaire contralatéral pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes (sans processeur vocal)

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31205

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*10.845,46 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*C-§01*

---

## C. Oto-rhino-laryngologie

### C.1.2 Prothèse pour audition réduite

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153134 - 153145**

Implant pour reconstruction totale de la chaîne ossiculaire

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 327,19 € | <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>     | 327,19 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153156 - 153160**

Implant pour reconstruction partielle de la chaîne ossiculaire

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 327,19 € | <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>     | 327,19 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153171 - 153182**

Piston

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

---

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153193 - 153204**

Implants utilisés lors du placement d'une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l'os temporal, premier point de fixation, y compris tous les accessoires et le foret

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.128,34 € | <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>     | 1.128,34 € |

**Conditions de remboursement :** C-§02

---

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153215 - 153226**

Implants utilisés lors du placement d'une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l'os temporal, deuxième point de fixation (dormant), y compris tous les accessoires et le foret

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 317,28 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 317,28 €

**Conditions de remboursement :** C-§02

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153230 - 153241**

Remplacement du dispositif de fixation (abutment) pour BAHA

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 906,24 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 906,24 €

---

### C.1.4 Implant de l'oreille moyenne

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/09/2015

**172351 - 172362**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 35001

*Base de remboursement* 2.384,21 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 2.861,05 € *Marge de sécurité (€)* 476,84 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 2.384,21 €

**Conditions de remboursement :** C-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/09/2015

**172373 - 172384**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31303

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

*Prix plafond* 5.858,61 € *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* *Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** C-§09

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2020

**181274 - 181285**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31304

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

*Prix plafond* 9.369,63 € *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* *Liste Nom.*

## C. Oto-rhino-laryngologie

Conditions de remboursement : C-§09

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2020

**181296 - 181300**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31305

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.369,63 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement :

C-§09

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2020

**181311 - 181322**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31306

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.369,63 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement :

C-§09

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2020

**181333 - 181344**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31307

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1,00 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

Conditions de remboursement :

C-§09

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2020

**181355 - 181366**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

35002

*Base de remboursement*

*2.384,21 €*

*Marge de sécurité (%) 20,00%*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix maximum*

*2.861,05 €*

*Marge de sécurité (€) 476,84 €*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*2.384,21 €*

Conditions de remboursement :

C-§09

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2020

**181370 - 181381**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31308

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

5.858,61 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

C-§09

---

### C.2 Intervention sur le nez

#### C.2.1 Matériel utilisé lors d'une chirurgie du sinus

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153252 - 153263**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 255872 - 255883 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

*Base de remboursement*

122,80 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

55,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

67,54 €

*Montant du remboursement*

55,26 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153274 - 153285**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 255894 - 255905 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

*Base de remboursement*

122,80 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

55,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

67,54 €

*Montant du remboursement*

55,26 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153296 - 153300**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254752-254763 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

*Base de remboursement*

122,80 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

55,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

67,54 €

*Montant du remboursement*

55,26 €

**Conditions de remboursement :**

C-§03

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153311 - 153322**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254774-254785 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

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

**Conditions de remboursement :** C-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153333 - 153344**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254796-254800 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

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

**Conditions de remboursement :** C-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153355 - 153366**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254811-254822 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

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

**Conditions de remboursement :** C-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153370 - 153381**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254833-254844 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 146,34 € | <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> | 80,48 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 65,86 € |

**Conditions de remboursement :** C-§03

---

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153392 - 153403**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254855-254866 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 146,34 € | <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> | 80,48 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 65,86 € |

**Conditions de remboursement :** C-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153414 - 153425**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258753-258764 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 176,01 € | <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> | 96,80 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 79,21 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153436 - 153440**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 245055-245066 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 194,44 € | <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> | 106,94 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 87,50 €  |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153451 - 153462**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254870-254881 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 249,70 € | <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> | 137,33 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 112,37 € |

---

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153473 - 153484**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254892-254903 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153495 - 153506**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 254914-254925 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**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> | 137,12 € | <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> | 75,41 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 61,71 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153532 - 153543**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258635-258646 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 22,51 € | <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> | 12,38 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 10,13 € |

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153554 - 153565**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258650-258661 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 32,75 € | <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> | 18,01 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 14,74 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153576 - 153580**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258672-258683 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 32,75 € | <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> | 18,01 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 14,74 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153591 - 153602**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors de la prestation 258731-258742 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 22,51 € | <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> | 12,38 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 10,13 € |

### C.3 Intervention sur le larynx/la trachée

#### **C.3.1 Prothèse de la parole et accessoires**

Date dernière modification : 1/03/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**153613 - 153624**

Prothèse de la parole amovible pour shunt trachéo-oesophagien fixée sur un anneau - support à usage unique et collé à la peau : valve de type basse pression

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |         |                              |        |                                     |         |
|------------------------------|---------|------------------------------|--------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 34,71 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix maximum</i>          | 34,71 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 34,71 € |

**Conditions de remboursement :** C-§04

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/03/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**153635 - 153646**

Prothèse de la parole pour placement permanent dans un shunt trachéo-oesophagien

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

|                              |          |                              |        |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 184,42 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 184,42 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 184,42 € |

**Conditions de remboursement :** C-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**153650 - 153661**

Valve trachéotomique en combinaison avec une prothèse de la parole (forfait pour petits disques, valve, matériel adhésif et diaphragme)

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                              |   |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 232,01 € | <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>     | 232,01 € |

**Conditions de remboursement :** C-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**153672 - 153683**

Filtre externe pour humidificateur trachéal

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

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

**Conditions de remboursement :** C-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**153694 - 153705**

Filtres externes et adhésifs pour l'humidificateur trachéal avec boîtier métallique prévu dans la prestation 153731-153742 ou 153753-153764

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                              |   |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 138,81 € | <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>     | 138,81 € |

**Conditions de remboursement :** C-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**153716 - 153720**

Embase en matière synthétique pour l'humidificateur trachéal avec boîtier métallique prévu dans la prestation 153731-153742 ou 153753-153764

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                              |   |                                     |         |
|------------------------------|---------|------------------------------|---|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 69,40 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€)</i> | / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                              |   | <i>Montant du remboursement</i>     | 69,40 € |

**Conditions de remboursement :** C-§04

---

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/03/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**153731 - 153742**

Filtre et piège à sécrétions pour le soin d'une trachéostomie après laryngectomie sans implant phonatoire, montés dans un boîtier métallique (forfait pour embase, filtre, adhésif, piège à sécrétions et boîtier)

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 680,18 € | <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>     | 680,18 € |

**Conditions de remboursement :** C-§04

Date dernière modification : 1/03/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**153753 - 153764**

Filtre et piège à sécrétions pour le soin d'une trachéostomie après laryngectomie avec implant phonatoire, montés dans un boîtier métallique (forfait pour embase, filtre, adhésif, piège à sécrétions et boîtier)

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 900,29 € | <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>     | 900,29 € |

**Conditions de remboursement :** C-§04

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/03/2019

**180530 - 180541**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 37101

|                              |            |                              |        |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.106,50 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 1.106,50 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.106,50 € |

**Conditions de remboursement :** C-§04

### C.3.2 Tissu synthétique

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153775 - 153786**

Tissu synthétique utilisé lors d'une auto-transplantation trachéale pour le traitement d'un carcinome du larynx, par cm<sup>2</sup>

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |        |                              |        |                                     |        |
|------------------------------|--------|------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 5,26 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>          | 5,26 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 € |
|                              |        |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 5,26 € |

## C. Oto-rhino-laryngologie

### C.3.3 Tuteurs et canules

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153790 - 153801**

Tube de laryngectomie, y compris les accessoires (cinq filtres), par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,11 € | <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>     | 104,11 € |

**Conditions de remboursement :** C-§05

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153812 - 153823**

Tuteur de stomie trachéale avec ailettes endotrachéales, par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 178,47 € | <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>     | 178,47 € |

**Conditions de remboursement :** C-§05

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153834 - 153845**

Tuteur trachéal en forme de T, par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 282,58 € | <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>     | 282,58 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153856 - 153860**

Tube de dérivation salivaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 312,32 € | <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>     | 312,32 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153871 - 153882**

Bouton de trachéotomie à l'exception du bouton laryngé pour patients laryngectomisés, par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 54,54 € | <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>     | 54,54 € |

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153893 - 153904**

Canule trachéale comprenant une extension distale ou proximale, y compris les accessoires, par pièce

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 81,86 € | <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> | 20,46 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 61,40 € |

**Conditions de remboursement :** C-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**- 153926**

Une ou plusieurs canule(s) trachéale(s) en matière synthétique de taille identique, y compris les accessoires, quelque soit la technique de placement, pour l'ensemble du matériel

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 92,10 € | <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> | 23,02 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 69,08 € |

**Conditions de remboursement :** C-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153930 -**

Canule trachéale sans extension distale ou proximale : avec ou sans ballon, fenestrée ou non, armée ou non, y compris les accessoires (canule interne, brosse, obturateur, bouchon), par pièce

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 46,05 € | <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> | 11,51 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 34,54 € |

**Conditions de remboursement :** C-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**153952 - 153963**

Canule trachéale en argent, par pièce

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 307,01 € | <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> | 76,75 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 230,26 € |

**Conditions de remboursement :** C-§06

---

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**153974 -** Filtres échangeur de chaleur et d'humidité (Heat & Moisture exchanger - HME), avec ou sans valve phonatoire, qui se placent sur une canule trachéale ou un tube de laryngectomie, pour patients avec une trachéostomie ou trachéotomie à long terme

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 235,37 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 235,37 €

**Conditions de remboursement :** C-§07

---

### C.4 Intervention sur la thyroïde et les glandes parathyroïdes

#### C.4.1 Matériel pour (para)thyroïdectomie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154114 - 154125** Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257014-257025 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 377,62 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 377,62 €

**Conditions de remboursement :** C-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154136 - 154140** Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257014-257025 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 377,62 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 377,62 €

**Conditions de remboursement :** C-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154151 - 154162** Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257036-257040 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 377,62 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 377,62 €

**Conditions de remboursement :** C-§08

---

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154173 - 154184**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257036-257040 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 377,62 € | <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>     | 377,62 € |

**Conditions de remboursement :** C-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154195 - 154206**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257073-257084 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 377,62 € | <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>     | 377,62 € |

**Conditions de remboursement :** C-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154210 - 154221**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 257073-257084 de la nomenclature effectuée à l'aide d'une dissection ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 377,62 € | <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>     | 377,62 € |

**Conditions de remboursement :** C-§08

---

### C.5 Autres

#### **C.5.1 Points de contact pour épithèses**

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154232 - 154243**

Implants utilisés pour la construction d'un ancrage osseux pour épithèse, pour les parties internes, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 441,22 € | <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>     | 441,22 € |

**Conditions de remboursement :** C-§02

---

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154254 - 154265**

Implants utilisés pour la construction standard (abutment) d'un ancrage osseux pour épithèse, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 190,36 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 190,36 €

**Conditions de remboursement :** C-§02

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154276 - 154280**

Implants utilisés pour la construction en angle (console abutment) d'un ancrage osseux pour épithèse, y compris tous les accessoires et le foret, par point d'ancrage

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 359,92 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 359,92 €

**Conditions de remboursement :** C-§02

---

### C.5.2 Ciment

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154291 - 154302**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 59,49 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 59,49 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154313 - 154324**

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

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 218,13 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 218,13 €

---

## C. Oto-rhino-laryngologie

### C.6 Intervention sur les amygdales

Date dernière modification : 1/09/2022

Date première publication :  
1/09/2022

**183993 - 184004**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors des prestations 257390-257401 ou 256491-256502 de la nomenclature, pour une amygdalectomie intra-capsulaire

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 100,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 100,00 €

**Conditions de remboursement :** C-§10

### C.7 Stimulation du nerf hypoglosse

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**184030 - 184041**

Premier neurostimulateur non-rechargeable du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmeur patient inclus

**Catégorie de remboursement :** I.E.a **Liste Nom.** 38801

*Base de remboursement* 17.910,75 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 17.910,75 €

**Conditions de remboursement :** C-§11

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**184052 - 184063**

Neurostimulateur non-rechargeable du nerf hypoglosse de remplacement en cas d'apnée obstructive du sommeil, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmeur patient inclus

**Catégorie de remboursement :** I.E.a **Liste Nom.** 38801

*Base de remboursement* 17.910,75 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 17.910,75 €

**Conditions de remboursement :** C-§11

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**184074 - 184085**

Neurostimulateur non-rechargeable du nerf hypoglosse de remplacement en cas d'apnée obstructive du sommeil, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmeur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :** I.E.a **Liste Nom.** 38801

*Base de remboursement* 17.910,75 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 17.910,75 €

**Conditions de remboursement :** C-§11

## C. Oto-rhino-laryngologie

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**184096 - 184100**

Electrode de stimulation du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

38802

*Base de remboursement*

1.722,50 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.722,50 €

**Conditions de remboursement :**

C-§11

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**184111 - 184122**

Electrode de stimulation du nerf hypoglosse de remplacement en cas d'apnée obstructive du sommeil

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

38802

*Base de remboursement*

1.722,50 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.722,50 €

**Conditions de remboursement :**

C-§11

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**184133 - 184144**

Electrode de détection du cycle respiratoire pour la stimulation du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

38803

*Base de remboursement*

2.040,50 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

2.040,50 €

**Conditions de remboursement :**

C-§11

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**184155 - 184166**

Electrode de détection du cycle respiratoire de remplacement pour la stimulation du nerf hypoglosse en cas d'apnée obstructive du sommeil

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

38803

*Base de remboursement*

2.040,50 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

2.040,50 €

**Conditions de remboursement :**

C-§11

# Conditions de remboursement

C-§01

Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 152935 | 152946 |
| 152950 | 152961 |
| 152972 | 152983 |
| 152994 | 153005 |
| 153016 | 153020 |
| 153031 | 153042 |
| 153053 | 153064 |
| 153075 | 153086 |
| 153090 | 153101 |
| 153112 | 153123 |
| 170811 | 170822 |
| 170833 | 170844 |
| 180574 | 180585 |
| 180596 | 180600 |
| 180611 | 180622 |
| 180633 | 180644 |
| 180655 | 180666 |
| 180670 | 180681 |
| 180692 | 180703 |
| 180714 | 180725 |

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

## 1. Critères concernant l'établissement

Les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 170811-170822, 170833-170844, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622, 180633-180644, 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 et 180714-180725 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement qui répond aux critères suivants :

### 1.1. Pose d'indication

Pour poser l'indication, le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie (médecin ORL) implanteur se base sur les données d'un établissement hospitalier ou d'un centre avec un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein.

### 1.2. Implantation

L'implantation doit être réalisée dans un établissement hospitalier comprenant un service d'oto-rhino-laryngologie spécialisé en cette matière, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein lié à cet établissement hospitalier et qui effectue l'implantation.

### 1.3. Le réglage et le suivi

Le réglage et le suivi de l'implant doivent être réalisés dans un établissement hospitalier visé au point 1.2. et/ou un centre spécialisé en oto-rhino-laryngologie disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein.

1.4. Les services mentionnés sous les points 1.1., 1.2. et 1.3. doivent pouvoir garantir une assistance continue.

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

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

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

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

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

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

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

## 2.2. Indications

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

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

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

et

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

et

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

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

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

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

- Le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale et/ou comportementale au casque s'élève au moins à 60 dB HL (hearing level) pour au moins 3 des fréquences suivantes : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul ;

et

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

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

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

et

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

et

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

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

L'implantation doit être réalisée endéans les trois ans après le diagnostic d'une perte d'au moins 60 dB HL pour la meilleure oreille.

Les prestations 170811-170822 et 170833-170844 sont d'application uniquement pour la plus mauvaise oreille.

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

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

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

et

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

et

- Il y a une fibrose ou une ossification imminente.

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

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

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

et

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

et

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

et

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

et

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

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

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

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

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

### **3. Critères concernant le dispositif**

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

### 3.1. Définition

Les kits doivent contenir au minimum, en plus de l'aide auditive complète ou de la partie non implantable :

- Pour les kits pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans : une batterie rechargeable supplémentaire, un chargeur pour batterie rechargeable, deux antennes (ou deux coils et deux aimants), cinq câbles et douze crochets ou tours d'oreille ou snugfits ou embouts moulés.
- Pour les kits pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire : une batterie rechargeable supplémentaire, un chargeur pour batterie rechargeable, trois antennes (ou trois coils et trois aimants), sept câbles et douze crochets ou tours d'oreille ou snugfits ou embouts moulés.

Par controlatérale, il faut comprendre l'oreille qui a reçu en dernier un premier implant.

### 3.2. Critères

Pas d'application.

### 3.3. Conditions de garantie

Les dispositifs repris sur les listes nominatives doivent répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Dix ans de garantie totale à 100% pour les parties implantables.
- Trois ans de garantie totale à 100% pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile) pour les bénéficiaires âgés de moins de huit ans.
- Cinq ans de garantie totale à 100% pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile) pour les bénéficiaires âgés de huit ans ou plus.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. Première implantation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **4.2. Remplacement**

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

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

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

## **4.3. Remplacement prématuré**

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

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

#### 4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

#### 5.2. Autres règles

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

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

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

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

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

ou

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

ou

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

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

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

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

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

ou

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

## 7. Divers

Pas d'application

## Prestations liées

153193 153204

153215 153226

154232 154243

154254 154265

154276 154280

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants ostéointégrés pour aide auditive à ancrage osseux ou pour épithèse, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 154254-154265 et 154276-154280 ne peuvent être cumulées entre elles par point d'ancrage.

**5.2. Autres règles**

Les prestations 153193-153204 et 153215-153226 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 258495-258506 de la nomenclature.

Les prestations 154232-154243, 154254-154265 et 154276-154280 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 251694-251705 de la nomenclature en vue du placement d'une prothèse faciale externe (épithèse ancrable).

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

L'appareil auditif avec processeur vocal est remboursé par le biais de l'article 31 de la nomenclature.

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 153296 | 153300 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 153311 | 153322 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 153333 | 153344 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 153355 | 153366 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 153370 | 153381 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 153392 | 153403 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors du traitement chirurgical complet de la pathologie inflammatoire du sinus, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Les prestations 153296-153300, 153311-153322, 153333-153344, 153355-153366, 153370-153381 et 153392-153403 ne peuvent être attestées qu'une seule fois même lorsque l'intervention est effectuée de manière bilatérale.

**5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

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

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

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

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

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

- une candidose excessive

et/ou

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

et/ou

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

### 3. Critères concernant le dispositif

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

#### 3.1 Définition

Pas d'application

#### 3.2 Critères

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

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

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

### **3.3 Conditions de garantie**

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

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

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation**

Les prestations 153613-153624, 153635-153646, 153650-153661, 153672-153683, 153731-153742, 153753-153764, 153694-153705, 153716-153720 et 180530 - 180541 doivent être prescrites par un médecin spécialiste en chirurgie, stomatologie ou oto-rhino-laryngologie.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications décrit au point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

Les dispositions en matière de garantie doivent également être respectées.

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

### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pour les prestations 153613-153624, 153635-153646, 153650-153661, 153672-153683, 153731-153742, 153753-153764, 153694-153705 et 153716-153720 le médecin-conseil est compétent en matière d'octroi d'un accord pour les cas qui dérogent au quota fixé au point 5.2. sur base d'un rapport médical circonstancié, rédigé par un médecin spécialiste appartenant aux catégories citées au point 4.1.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 153613-153624, 153635-153646 et 180530 - 180541 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 153731-153742 et 153753-153764 ne sont pas cumulables entre elles.

## **5.2. Autres règles**

Les prestations 153613-153624 et 153635-153646 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire au maximum cinq fois sur une période de 12 mois.

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

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

Sur une période de cinq ans, les prestations 153731-153742 et 153753-153764 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'une seule fois.

La dotation pour la prestation 153672-153683 est de nonante filtres et ne peut être attestée que cinq fois sur une période de 12 mois.

La dotation pour la prestation 153694-153705 est d'un conditionnement comprenant trois filtres et cent adhésifs et ne peut être attestée que cinq fois sur une période de 12 mois.

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

## **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Divers**

Pas d'application.

153790

153801

153812

153823

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tubes de laryngectomie et aux tuteurs de stomie trachéale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Les prestations 153790-153801 et 153812-153823 peuvent être attestées au maximum quatre fois par année calendrier.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

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-opérateur ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire.

La prestation 153893-153904 peut être attestée au maximum quatre fois par année calendrier.

La prestation 153926 peut être attestée au maximum deux fois par hospitalisation et pour autant que la seconde série de canules ne soit pas de la même taille que celles comprises dans la première série.

La prestation 153930 peut être attestée au maximum quatre fois par année calendrier.

La prestation 153952-153963 ne peut être attestée qu'une seule fois par année calendrier.

**5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filtres échangeur de chaleur et d'humidité (Heat & Moisture exchanger - HME), avec ou sans valve phonatoire, qui se placent sur une canule trachéale ou un tube de laryngectomie, pour les bénéficiaires avec une trachéostomie à long terme, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

#### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

#### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

#### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

#### 4. Procédure de demande et formulaires

##### 4.1. Première implantation

La prestation 153974 doit être prescrite par un médecin spécialiste en chirurgie générale, stomatologie, oto-rhino-laryngologie ou pédiatrie.

##### 4.2. Remplacement

Pas d'application

##### 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

##### 4.4. Dérogation à la procédure

Le médecin-conseil est compétent en matière d'octroi d'un accord pour les cas qui dérogent au quota fixé au point 5.2. moyennant la présentation d'un rapport médical circonstancié, rédigé par un médecin spécialiste appartenant aux catégories citées au point 4.1.

#### 5. Règles d'attestation

##### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 153974 ne peut être cumulée avec les prestations 153650-153661, 153672-153683, 153694-153705, 153716-153720, 153731-153742, 153753-153764.

##### 5.2. Autres règles

La dotation pour la prestation 153974 est de 90 filtres et ne peut être attestée que cinq fois maximum par année calendrier.

##### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

#### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

#### 7. Divers

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 154114 | 154125 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 154136 | 154140 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 154151 | 154162 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 154173 | 154184 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 154195 | 154206 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 154210 | 154221 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors d'une thyroïdectomie ou d'une parathyroïdectomie effectuée à l'aide d'un dissecteur ultrasonique ou fusion tissulaire bipolaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de non-cumul**

Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

**5.2. Autres règles**

Pas d'application

**5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

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

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

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

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

#### 1.1. Pose d'indication

Pour poser l'indication, le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie (médecin ORL) implanteur se base sur les données d'un établissement hospitalier ou d'un centre avec un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein.

#### 1.2. Implantation

L'implantation doit être réalisée dans un établissement hospitalier comprenant un service d'oto-rhino-laryngologie spécialisé en cette matière, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein lié à cet établissement hospitalier et qui effectue l'implantation.

#### 1.3. Réglage et suivi

Le réglage et le suivi de l'implant et du processeur vocal éventuel doivent être réalisés dans un établissement hospitalier visé au point 1.2. et/ou un centre spécialisé en oto-rhino-laryngologie disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède équivalent temps plein, d'un audicien-audiologue équivalent temps plein et d'un médecin ORL équivalent temps plein.

1.4. Les services mentionnés sous les points 1.1., 1.2. et 1.3. doivent pouvoir garantir une assistance continue.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

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

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

## 2.2. Indications (prestations 181274-181285, 181296-181300 et 181311-181322) :

Le bénéficiaire doit :

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

Et

- Avoir une perte auditive bilatérale dans chaque oreille sur la base d'une audiométrie tonale d'au moins 40 dB sur la moyenne de trois des cinq fréquences suivantes : 250, 500, 1000, 2000 et 4000 Hz ;

Et

- Soit avoir essayé une aide auditive conventionnelle dans l'oreille à implanter durant au moins 3 mois avant une évaluation qui démontre que le bénéficiaire n'est pas en état de porter ou de bénéficier de cette aide auditive ;

- Soit souffrir d'une cause médicale ou anatomique qui l'empêche de porter une aide auditive conventionnelle.

Et

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

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

- Tympan intact et oreille moyenne aéré ;

Et

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

Et

- Les écarts entre les seuils de conduction osseuse et aérienne (le "air-bone gap") n'excèdent pas 10 dB pour chaque fréquence de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz pour l'oreille à implanter.

### 2.2.2. Indications additionnelles pour l'oreille à implanter pour une perte auditive mixtes ou de transmission (prestations 181296-181300 et 181311-181322) :

- Soit : Le bénéficiaire n'entre pas en ligne de compte pour une cause médicale ou anatomique pour une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l'os temporal ;

- Soit : Les résultats mesurés en champ libre avec un simulateur à conduction osseuse démontrent un gain auditif de moins de 5 dB à l'indice vocal ou un gain de moins de 5 % d'un test d'intelligibilité vocale sans adjonction d'une source sonore ;

Et

- En cas d'une précédente chirurgie réparatrice de l'oreille moyenne avec éradication de la pathologie mais où l'audition reste limitée par un écart entre les seuils de conduction aérienne et osseuse (air-bone gap)  $\geq 30$  dB ;

Et

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

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

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

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

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

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

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

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

Et,

- soit, le gain auditif du bénéficiaire est limité en raison de problèmes de feed-back ou d'interférences des bruits internes avec le processeur vocal implanté ;

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

### **2.3. Contre-indications**

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

### **3. Critères concernant le dispositif**

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

#### **3.1. Définition**

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

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

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

#### **3.2. Critères**

### 3.2.1 Nouveau dispositif

Un nouvel implant actif de l'oreille moyenne ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA avec PMA (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative) ;

- soit disposer d'une ou plusieurs études cliniques publiées dans une revue «peer reviewed», avec au total minimum deux cent patients, qui démontrent une sécurité et une efficacité comparables aux dispositifs repris sur la liste nominative.

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

### 3.2.2 Modification de la partie implantable

Une modification du mécanisme de transmission des vibrations à l'oreille moyenne ne peut jamais être considérée comme une modification légère.

### 3.3. Conditions de garantie

Les dispositifs repris sur les listes nominatives doivent répondre aux conditions de garantie suivantes :

- Dix ans de garantie totale à 100% pour les parties implantables
- Cinq ans de garantie totale à 100% pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile).

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1 Première implantation

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

La prestation pour l'implantation d'un implant actif de l'oreille moyenne (prestation 181274-181285, 181296-181300 ou 181311-181322) ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant ou après l'implantation, sur base du formulaire C-Form-I-07 entièrement complété et signé par un membre de l'équipe de l'établissement hospitalier implanteur.

Le formulaire mentionne le dispositif sélectionné pour l'implantation.

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les quarante-cinq jours qui suivent la réception

d'une demande.

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

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

#### **4.1.2. Procédure pour la prestation 181333-181344 :**

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.2. Remplacement**

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

Lors du remplacement de la partie à implanter, en plus du formulaire C-Form-I-14, un formulaire C-Form-I-07, qui décrit la

situation ayant donné lieu à la première implantation, doit aussi être complété et fourni au Collège des médecins-directeurs.

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

Les règles reprises au point 5 sont également valables pour ces dispositifs.

Cette procédure ne peut pas être appliquée pour le remplacement des dispositifs de l'oreille controlatérale.

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

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

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

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

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

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application.

#### **5.2. Autres règles**

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

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

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

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

L'accord du Collège des médecins-directeurs est valable pour une implantation ou une délivrance du processeur réalisée

endéans les six mois suivant la date d'envoi de l'accord.

#### **5.2.2. Prestation 172351-172362 :**

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172351-172362 ne peut être accordée que minimum cinq ans après la prestation 181333-181344, 181355-181366, 172336-172340 ou 172351-172362 et lorsque l'appareil précédent ne fonctionne plus correctement.

#### **5.2.3. Prestation 172373-172384 :**

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172373-172384 ne peut être accordée que minimum dix ans après la prestation 172336-172340 ou 172373-172384 ou 181274-181285 ou 181296-181300 ou 181311-181322 ou 181370-181381.

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

#### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

#### **7. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors d'une amygdalectomie intra-capsulaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 183993-184004 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Être âgé de moins de 18 ans lors de l'intervention

ET

- Avoir une hypertrophie des amygdales palatines entraînant soit un syndrome d'apnée obstructive du sommeil soit des problèmes de déglutition.

### 3. Critères concernant le dispositif

#### 3.1. Définition

Amygdalectomie intra-capsulaire : par amygdalectomie intra-capsulaire, on entend le retrait d'au moins 90% du tissu lymphoïde de l'amygdale palatine, tout en préservant la capsule de l'amygdale.

### 4. Procédure de demande et formulaires

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

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

#### 5.2. Autres règles

Pas d'application.

#### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

### 7. Divers

Pas d'application.

184030 184041

184052 184063

184074 184085

184096 184100

184111 184122

184133 184144

184155 184166

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au traitement de l'apnée obstructive du sommeil, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166 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.** L'établissement hospitalier a signé la convention en vigueur relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées du sommeil ;

ET

L'établissement hospitalier a signé la convention en vigueur relative à l'instauration et au suivi ultérieur de l'assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile.

**1.2.** L'établissement hospitalier dispose d'une équipe multidisciplinaire qui est responsable pour la sélection, l'implantation et le suivi des patients, et qui est composée au moins de :

- Un médecin spécialiste en pneumologie, équivalent temps plein ayant une expertise dans le domaine du traitement des troubles du sommeil ;
- Un médecin spécialiste en pneumologie ou en médecine interne ou en neurologie ou en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, équivalent temps plein ayant une expertise dans le domaine du traitement des troubles du sommeil ;

L'expertise dans le domaine du traitement des troubles du sommeil doit être documentée par la preuve du suivi et de la réussite de l'une des formations suivantes : European Sleep Research Society (ESRS) Examination in Sleep medicine ou Certificat interuniversitaire en Médecine du Sommeil.

- Deux médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie (médecin ORL) équivalents temps plein ayant une expertise dans le domaine de la chirurgie de la tête et du cou ;
- Deux anesthésistes ayant une expertise dans le domaine de l'endoscopie du sommeil induit par les médicaments (DISE) ;
- Deux dentistes généralistes ou orthodontistes ou stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux équivalents temps plein ayant une expertise dans le domaine de l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) ;
- Un psychologue ;
- Un diététicien.

**1.3.** Le médecin ORL implanteur, qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire visée au point 1.2, a une expertise dans le domaine du traitement de l'apnée obstructive du sommeil par stimulation du nerf hypoglosse.

Au moment de l'introduction de sa candidature, cette expérience doit être documentée par :

- Une preuve que cinq primo-implantations et/ou remplacements de l'électrode ont été effectuées sous la supervision d'un médecin ORL ayant déjà réalisé au moins 24 implantations.

OU

- Une preuve qu'au moins 24 primo-implantations et/ou remplacements de l'électrode ont été effectuées de façon autonome.

Cette expertise doit être maintenue en permanence par le médecin spécialiste implanteur avec un minimum de 24 interventions chirurgicales effectuées sur deux années civiles. Ce nombre est calculé sur les années x-1 et x-2 pour les prestations 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166. Si un médecin spécialiste implanteur n'atteint pas le nombre minimum requis de 24 implantations dans les deux premières années civiles suivant son adhésion à la liste visée au point 1.5., il sera supprimé de la liste des médecins spécialistes implanteurs.

**1.4.** L'établissement hospitalier dans lequel l'intervention a lieu dispose de:

- Un endoscope permettant une DISE ;
- Un moniteur d'intégrité nerveuse (« Nerve Integrity Monitor », NIM) ;
- Un laboratoire du sommeil possédant un polysomnographe (PSG).

**1.5.** L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire C-Form-II-01 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166 selon les modalités de soumission déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes ; les prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date. Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement hospitalier. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire C-Form-II-01 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire C-Form-II-01 mis à jour.

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166 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) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du stimulateur du nerf hypoglosse ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

ET

b) Le bénéficiaire est atteint d'apnée obstructive du sommeil symptomatique.

ET

c) Le bénéficiaire a un indice d'apnée-hypopnée (IAH) de  $15 \text{ événements/h} \leq \text{IAH} \leq 65 \text{ événements/h}$ .

ET

d) En raison de son apnée obstructive du sommeil symptomatique, le bénéficiaire est limité dans la vie quotidienne. L'impact de l'apnée obstructive du sommeil symptomatique est évalué au moyen d'au moins l'Epworth Sleepiness Scale (ESS) et du Functional Outcome of Sleep Questionnaire (FOSQ-30).

ET

e) Le bénéficiaire a réagi suffisamment à un traitement antérieur par ventilation en pression positive continue (PPC) et/ou par OAM, mais le traitement n'a plus été supporté en raison des effets secondaires.

OU

Le bénéficiaire a une contre-indication à un traitement par PPC et OAM.

ET

f) Absence d'un collapsus concentrique complet au niveau du palais mou pendant une DISE.

ET

g) Le bénéficiaire est âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation.

## 2.2 Critères d'exclusion

a) Indice de masse corporelle (IMC) >32 kg/m<sup>2</sup>.

b) Les patients dont l'IAH combiné pour apnée centrale et apnée mixte est > 25 % de l'IAH total.

c) La présence d'autres troubles du sommeil qui ne sont pas liés à une apnée obstructive du sommeil.

d) La présence d'une maladie pulmonaire restrictive sévère ou bronchopneumopathie chronique obstructive, maladie vasculaire pulmonaire sévère, dysfonction valvulaire cardiaque, insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV, angor instable ou infarctus du myocarde récent (<6 mois) ou arythmies cardiaques sévères ou insuffisance rénale grave (stade 4 ou 5).

e) Les patients démontrant un effondrement concentrique complet du palais mou ou toute autre anomalie anatomique qui pourrait empêcher le bon fonctionnement de la stimulation des voies aériennes supérieures.

f) Les patients dont le contrôle neurologique des voies aériennes supérieures a été gravement endommagé.

g) Une grossesse en cours.

h) Intervention chirurgicale pratiquée sur le voile du palais dans les trois mois écoulés.

## 3. Critères concernant le dispositif

### 3.1 Définition

Le système de stimulation du nerf hypoglosse doit être capable de stimuler le nerf hypoglosse pendant le sommeil au moment le plus approprié, du cycle de respiration du patient.

Le programmeur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

### 3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'au moins une étude prospective avec un suivi pendant minimum cinq ans dont les résultats sont publiés dans une revue « peer reviewed » reconnue internationalement.

### 3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 184030-184041, 184052-184063 et 184074-184085, une garantie totale est exigée pour une période de dix ans. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. Première implantation/Première utilisation

Les prestations 184030-184041, 184096-184100 et 184133-184144 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs qui soumettra la demande pour avis à la Commission Peer Review.

Le dossier de demande contient :

- un rapport médical circonstancié démontrant que le bénéficiaire a réagi suffisamment à un traitement de deuxième ligne de prise en charge préalable (PPC et/ou OAM) et une motivation expliquant l'impossibilité de continuer ces traitements de deuxième ligne ou que ces traitements de deuxième ligne sont contre-indiqués ;
- le formulaire C-Form-I-15 dûment complété reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier.

Les membres de la Commission Peer Review sont des représentants de la Belgian Association for Sleep research and Sleep medicine, la Royal Belgian Society for Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery, la Belgian Royal Society for Oral and

Cette Commission Peer Review est tenue de se réunir quatre fois par an afin d'examiner les demandes des équipes multidisciplinaires.

La Commission Peer Review donne un avis argumenté basé sur un consensus à propos de la demande en question.

Au cours de la discussion portant sur les dossiers relatifs au remboursement de la stimulation du nerf hypoglosse, des membres du Collège des médecins-directeurs et des représentants de l'INAMI, peuvent toujours être présents.

Le Collège des médecins-directeurs prend la décision d'une intervention de l'assurance obligatoire sur la base de l'avis remis par la Commission Peer Review et ce, pour chaque bénéficiaire individuellement. Pour ce faire, la Commission Peer Review envoie sa conclusion argumentée (accord-refus-report) au Collège.

Le Collège communique sa décision motivée dans les 30 jours ouvrables après réception de l'avis de la Commission Peer Review.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

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

## **4.2. Remplacement**

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 184052-184063, 184111-184122 et 184155-184166 doit être envoyée au Collège des médecins-directeurs avant l'implantation par le médecin spécialiste implanteur, via le formulaire C-Form-I-15.

Le dossier de demande contient :

- un rapport médical de l'évolution, dans lequel doivent être mentionnés entre autres le tableau clinique depuis l'implantation, une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du remplacement ;
- le formulaire C-Form-I-15 dûment complété reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier.

La procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

## **4.3. Remplacement anticipé**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 184074-184085 pour un remplacement prématuré peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

## **4.4. Dérogation à la procédure**

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la présente condition de remboursement et qui remplissaient avant

implantation toutes les conditions visées au point 2, une intervention de l'assurance obligatoire pour le remplacement des neurostimulateurs et accessoires peut être accordée suivant les modalités prévues au point 4.1.

Dans ce cas particulier, le médecin spécialiste implanteur fait parvenir un dossier de demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour un remplacement au Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire C-Form-I-15.

Le dossier de demande contient :

- les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères d'intervention de l'assurance obligatoire ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doivent être mentionnés entre autres le tableau clinique depuis l'implantation, une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du remplacement ;
- le formulaire C-Form-I-15 dûment complété reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier.

La procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

## **5. Règles d'attestation**

Pas d'application.

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application.

## **5.2. Autres règles**

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 184030-184041 est limité à 68 par année civile.

Le Service des Soins de Santé tient un compteur par année civile et informe le Collège des médecins-directeurs, la Commission Peer review et les établissements hospitaliers implantateurs quand 58 et 68 accords ont été effectués.

Pour l'année de l'entrée en vigueur, le nombre d'interventions pour la prestation 184030-184041 sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication.

Pour les demandes effectuées au moyen du formulaire C-Form-I-15 et qui portent la même date de réception de l'INAMI que la demande par laquelle le quota de 68 a été atteint, la prestation 184030-184041 peut être attestée même si le nombre maximum de 68 accords est dépassé.

## **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Traitement des données**

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement C-§11 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 1.5. et 4.1. jusque 4.4. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1° et 2° de la loi.

Le traitement des données personnelles est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Ont seuls accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées, les intervenants tels que mentionnés à l'article 35 septies/11, 1°, 2°, 3° et 4° de la loi.

Le délai de conservation visé à l'article 35 septies/13, 1° est fixé sur 10 ans.

## **8. Divers**

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

## D. Urologie et néphrologie

### D.1 Rein

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154335 - 154346**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261634 - 261645 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 849,37 € | <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> | 212,34 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 637,03 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154350 - 154361**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261671 - 261682 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 562,84 € | <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> | 140,71 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 422,13 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154372 - 154383**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261693-261704 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 849,37 € | <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> | 212,34 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 637,03 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154394 - 154405**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260072-260083 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 229,23 € | <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> | 57,30 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 171,93 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154416 - 154420**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260094 - 260105 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 170,90 € | <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> | 42,72 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 128,18 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154431 - 154442**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261715-261726 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 230,25 € | <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> | 57,56 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 172,69 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154453 - 154464**

Ensemble du matériel utilisé pour la confection d'une néphrostomie percutanée utilisé lors de la prestation 261811-261822 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 184,20 € | <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> | 46,05 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 138,15 € |

**Conditions de remboursement :** D-§01

---

### D.2 Uretère

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154475 - 154486**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260190-260201 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 170,90 € | <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> | 42,72 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 128,18 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154490 - 154501**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261376-261380 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 446,18 € | <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> | 111,54 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 334,64 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154512 - 154523**

Ensemble du matériel utilisé pour le traitement percutané de calculs rénaux et d'obstruction urétérale lors des prestations 262231-262242 et 261833-261844 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 184,20 € | <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> | 46,05 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 138,15 € |

**Conditions de remboursement :** D-§01

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154534 - 154545**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260212-260223 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 170,90 € | <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> | 42,72 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 128,18 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154556 - 154560**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260234-260245 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 229,23 € | <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> | 57,30 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 171,93 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154571 - 154582**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261752-261763 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 479,95 € | <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> | 119,98 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 359,97 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154593 - 154604**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261752 - 261763 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 305,98 € | <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> | 76,49 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 229,49 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154615 - 154626**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262010-262021 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 386,82 € | <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> | 96,70 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 290,12 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154630 - 154641**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262371 - 262382 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 188,29 € | <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> | 47,07 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 141,22 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154652 - 154663**

Sonde de drainage à double J pour drainage par voie urétérale, par uretère

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 79,32 € | <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>     | 79,32 € |

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154674 - 154685**

Ensemble du matériel utilisé lors d'une urétéroscopie diagnostique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

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

### D.3 Vessie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154696 - 154700**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260411-260422 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 818,68 € | <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> | 204,67 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 614,01 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154711 - 154722**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260433-260444 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 818,68 € | <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> | 204,67 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 614,01 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154733 - 154744**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 260433 - 260444 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 493,25 € | <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> | 123,31 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 369,94 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154755 - 154766**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262334-262345 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 818,68 € | <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> | 204,67 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 614,01 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154770 - 154781**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 262334 - 262345 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 762,39 € | <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> | 190,59 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 571,80 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154792 - 154803**

Set pour le placement percutané ou le remplacement d'un cathéter urinaire suspubien

**Catégorie de remboursement :**

I.D.d

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 30,70 € | <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> | 16,88 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 13,82 € |

Date dernière modification : 1/07/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**154814 - 154825**

Produit à base de silicone utilisé en tant qu'agent de renflement (bulking agent) pour le traitement endoscopique de reflux vésico-urétéral primaire ou secondaire chez un enfant jusqu'à l'âge de seize ans dont la fonction rénale est réduite ou atteint d'infection récidivante et/ou pour le traitement endoscopique de l'incontinence après reconstruction préalable du col de la vessie chez des enfants jusqu'à l'âge de seize ans (par 0,5 ml)

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 99,15 € | <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>     | 99,15 € |

**Conditions de remboursement :** D-§02

---

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/07/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**154836 - 154840**

Produit à base d'acide hyaluronique utilisé en tant qu'agent de renflement (bulking agent) pour le traitement endoscopique de reflux vésico-urétéral primaire ou secondaire chez un enfant jusqu'à l'âge de seize ans dont la fonction rénale est réduite ou atteint d'infection récidivante et/ou pour le traitement endoscopique de l'incontinence après reconstruction préalable du col de la vessie chez des enfants jusqu'à l'âge de seize ans (par 0,5 ml)

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 182,44 € | <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>     | 182,44 € |

**Conditions de remboursement :** D-§02

Date dernière modification : 1/07/2020

Date première publication :  
1/07/2020

**180950 - 180961**

Produit à base de PPC (hydrogel de polyacrylate-polyalcool copolymère) utilisé en tant qu'agent de renflement (bulking agent) pour le traitement endoscopique de reflux vésico-urétéral primaire ou secondaire chez un enfant jusqu'à l'âge de seize ans dont la fonction rénale est réduite ou atteint d'infection récidivante (par 0,5 ml)

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 182,44 € | <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>     | 182,44 € |

**Conditions de remboursement :** D-§02

### D.4 Prostate

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154851 - 154862**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261796 - 261800 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 660,06 € | <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> | 165,01 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 495,05 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154873 - 154884**

Ensemble des marqueurs en or (aiguilles incluses) utilisés lors d'un carcinome de la prostate traité par IGRT (radiothérapie guidée par l'image)

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 267,70 € | <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>     | 267,70 € |

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154895 - 154906**

Ensemble des marqueurs en or (aiguilles exclues) utilisés lors d'un carcinome de la prostate traité par IGRT (radiothérapie guidée par l'image)

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 171,53 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 171,53 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/03/2016

**172675 - 172686**

Ensemble du matériel de consommation pour l'exécution de la prestation 261796-261800 de la nomenclature par chirurgie robotisée endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 991,49 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 991,49 €

**Conditions de remboursement :** D-§08

---

Date dernière modification : 1/09/2021

Date première publication :  
1/03/2017

**182055 - 182066**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par énucléation laser

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 346,68 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 346,68 €

**Conditions de remboursement :** D-§09

---

Date dernière modification : 1/09/2021

Date première publication :  
1/03/2017

**182092 - 182103**

Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par vaporisation laser

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 346,68 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 346,68 €

**Conditions de remboursement :** D-§09

---

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/09/2021

Date première publication :  
1/09/2021

**181731 -** Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par thermothérapie à la vapeur d'eau générée par radiofréquence (ambulatoire)

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.103,77 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /          | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.103,77 € |

**Conditions de remboursement :** D-§09

---

Date dernière modification : 1/09/2021

Date première publication :  
1/09/2021

**- 181764** Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par thermothérapie à la vapeur d'eau générée par radiofréquence (hospitalisation)

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 346,68 € | <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>     | 346,68 € |

**Conditions de remboursement :** D-§09

---

### D.5 Pénis/testicule

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154910 - 154921** Prothèse d'érection munie d'un réservoir à liquide et d'une pompe et placée à la suite d'une impuissance consécutive à une affection vasculaire ou neurologique, ou après phalloplastie en cas de dysphorie de genre

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

|                              |            |                              |          |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 3.840,10 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 25,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 4.800,12 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 960,02 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 3.840,10 € |

**Conditions de remboursement :** D-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**154932 - 154943** Prothèse testiculaire

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 288,53 € | <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>     | 288,53 € |

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**154954 - 154965**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 261236 - 261240 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 174,99 € | <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> | 43,74 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 131,25 € |

**Conditions de remboursement :** D-§07

---

### D.6 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**154976 - 154980**

Sphincter urinaire artificiel implanté composé d'une manchette gonflable, d'une pompe avec système de contrôle et d'un réservoir régulateur de pression

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 31401

|                              |            |                              |        |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 5.254,98 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 5.254,98 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 5.254,98 € |

**Conditions de remboursement :** D-§04

---

### D.7 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**154991 - 155002**

Appareil composé d'électrodes lombo-sacrées implantées et d'un stimulateur externe, placé pour le traitement d'affections vésicales neurogènes spastiques consécutives à une lésion irréversible de la moelle épinière

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31501

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

**Conditions de remboursement :** D-§05

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**155013 - 155024**

Premier neurostimulateur non-rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31601

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

**Conditions de remboursement :** D-§06

---

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**155035 - 155046**

Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31601

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

6.740,86 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**155050 - 155061**

Electrode pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31602

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

1.372,79 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**155072 - 155083**

Electrode de remplacement pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31602

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

1.372,79 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**155094 - 155105**

Electrode en cas de stimulation d'essai négative en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31602

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

1.372,79 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**155116 - 155120**

Extension pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31603

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

264,87 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

D-§06

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**155131 - 155142**

Extension de remplacement pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31603

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

264,87 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**155153 - 155164**

Programmeur patient pour neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31604

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

606,48 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**182512 - 182523**

Premier neurostimulateur rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31605

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

6.740,86 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**182534 - 182545**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31605

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

6.740,86 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**182556 - 182560**

Chargeur pour neurostimulateur rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31606

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*D-§06*

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**182571 - 182582**

Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31601

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*6.740,86 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*D-§06*

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**182593 - 182604**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31605

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*6.740,86 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*D-§06*

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**182615 - 182626**

Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31606

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*D-§06*

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**182630 - 182641**

Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31604

*Base de remboursement*

Liste Nom.

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

606,48 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

Liste Nom.

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

### D.8 Matériel utilisé pour un examen uro-dynamique

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155175 - 155186**

Matériel utilisé pour un examen uro-dynamique, utilisé lors de la prestation 261951-261962, 261973-261984 ou 261995-262006 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

*Base de remboursement*

61,40 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

55,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

33,77 €

*Montant du remboursement*

27,63 €

---

### D.9 Divers

Date dernière modification : 1/09/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**155190 - 155201**

Anse pour l'ablation endoscopique de tissu obstructif et de tumeurs du tractus urogénital, utilisée lors des prestations 260315-260326, 260470-260481, 261391-261402 ou 261553-261564 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

*Base de remboursement*

40,94 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

55,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

22,51 €

*Montant du remboursement*

18,43 €

**Conditions de remboursement :**

D-§07,D-§09

# Conditions de remboursement

D-§01

Prestations liées

154453

154464

154512

154523

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors du traitement percutané de calculs rénaux et d'obstruction urétérale ou utilisés lors de la confection d'une néphrostomie percutanée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

## 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

## 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

## 4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

## 5. Règles d'attestation

### 5.1. Règles de non-cumul

La prestation 154512-154523 ne peut pas être cumulée avec la prestation 154453-154464.

### 5.2. Autres règles

Pas d'application

### 5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

## 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

## 7. Divers

Pas d'application

|        |        |
|--------|--------|
| 154814 | 154825 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 154836 | 154840 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 180950 | 180961 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'agent de renflement pour le traitement de reflux vésico-urétral, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

#### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

#### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

#### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

#### 4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

#### 5. Règles d'attestation

##### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 154814-154825, 154836-154840 et 180950-180961 ne peuvent pas être cumulées entre elles.

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

En cas de traitement bilatéral, la prestation 154814-154825, 154836-154840 ou 180950-180961 peut être attestée au maximum quatre fois.

Le traitement ne peut être répété qu'une et une seule fois par uretère.

##### 5.2. Autres règles

Pas d'application

##### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

#### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

#### 7. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses d'érection, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

La prestation 154910-154921 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- affection vasculaire résistante à la thérapie médicamenteuse et/ou chirurgicale

ou

- affection neurologique, y compris les lésions traumatiques ou diabétiques

ou

- après une phalloplastie en cas de dysphorie de genre.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires**

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au sphincter urinaire artificiel, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 154976-154980 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

#### 2.1. Critères d'inclusion

- les incontinenances urinaires résultant d'une insuffisance sphinctérielle objectivée par un examen urodynamique. Cet examen urodynamique consiste au moins en une urétrocystométrie et un instantané mictionnel avec E.M.G. sphinctériens simultanés

et

- s'il s'agit d'une incontinence durant depuis au moins un an et résistante aux traitements classiques, y compris une rééducation spéciale du plancher pelvien sous la conduite d'un médecin spécialiste en médecine physique et en rééducation

et

- l'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du sphincter urinaire artificiel ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

#### 2.2. Critères d'exclusion

- une hyperréflexie sévère non contrôlable pharmacologiquement;
- une microvessie organique;
- une infection urinaire incontrôlable;
- une lithiase des voies urinaires inférieures;
- un reflux vésico-urétéral important;
- une obstruction des voies urinaires basses.

### 3. Critères concernant le dispositif

#### 3.1. Définition

Pas d'application.

#### 3.2. Critères

La prestation 154976-154980 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si au moins une étude prospective est fournie avec au moins 100 hommes avec une incontinence non neurogène avec un follow-up minimal d'un an, publié dans un journal peer-reviewed, dans lequel il a été démontré que l'efficacité du sphincter (c'est-à-dire l'effet sur le critère d'évaluation principal, la dysfonction urinaire) , n'est pas inférieure au standard actuel et les effets secondaires potentiels (tels que l'érosion, l'infection et les failles mécaniques, etc.) ne sont pas plus graves qu'avec le standard actuel.

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de non-cumul

Pas d'application

#### 5.2. Autres règles

Si seulement une partie du sphincter urinaire artificiel doit être remplacée, cette partie peut être facturée via la prestation 154976-154980 et le code d'identification attribué au sphincter complet. Le remboursement se limite au prix de la facture. Cependant, si la partie à remplacer tombe sous les conditions de garantie, aucun remboursement n'est prévu.

#### 5.3. Dérogation à la procédure

Pas d'application

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

## 7. Divers

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au traitement d'affection vésicale neurogène par neurostimulation, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires****4.1. Première implantation**

La prestation 154991-155002 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord par le médecin-conseil, après implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié rédigé par l'urologue implanteur.

**4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

**4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application.

**4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Si seulement une partie de l'appareil doit être remplacée, cette partie peut être facturée via la prestation 154991-155002 et le code d'identification attribué à l'appareil complet. Le remboursement se limite au prix de la facture.

**5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 155013 | 155024 |
| 155035 | 155046 |
| 155050 | 155061 |
| 155072 | 155083 |
| 155094 | 155105 |
| 155116 | 155120 |
| 155131 | 155142 |
| 155153 | 155164 |
| 182512 | 182523 |
| 182534 | 182545 |
| 182556 | 182560 |
| 182571 | 182582 |
| 182593 | 182604 |
| 182615 | 182626 |
| 182630 | 182641 |

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, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 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.** L'établissement hospitalier dispose d'un service « Urologie » ayant une expertise dans le domaine d'examen neurophysiologique du nervus pudendus et des réflexes du plancher pelvien. Ce service « Urologie » a une expérience en matière d'examen urodynamique, démontrée par un minimum de 52 prestations 261995-262006 de la nomenclature attestées pour l'année x-3.

**1.2.** Le médecin spécialiste implanteur a une expertise dans le domaine du traitement chirurgical de dysfonction des voies urinaires inférieures. Au moment de l'introduction de sa candidature, cette expertise doit être documentée par :

a) une preuve de participation à au moins un workshop sur la technique de traitement "neurostimulation des voies urinaires inférieures" ;

et

b) avoir effectué également deux stimulations d'essai et deux implantations sous la supervision d'un médecin spécialiste ayant réalisé au moins quinze implantations

ou

avoir effectué au moins quinze implantations de façon autonome.

Cette expérience doit être maintenue par médecin spécialiste implanteur de manière continue avec un minimum de deux interventions chirurgicales en moyenne effectuées sur deux années. Ceci est calculé comme la moyenne pour les années x-3 et x-4 pour les prestations suivantes de la Liste : 154976-154980, 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604.

**1.3.** L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire D-Form-II-01 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 selon les modalités de soumission déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes ; les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date.

Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement hospitalier. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire D-Form-II-01 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire D-Form-II-01 mis à jour.

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 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) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes, d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Le consentement éclairé doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement proposé et du suivi obligatoire du traitement après implantation. Le consentement éclairé signé doit être conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.

et

b) Le bénéficiaire est atteint d' :

- incontinence d'urgence, réfractaire aux traitements non chirurgicaux conventionnels (à savoir rééducation vésicale, traitement pharmacologique).

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

- un trouble de la miction caractérisé par une incontinence, une miction discontinue ou une rétention secondaire due à une acontractilité ou une hypocontractilité détrusorienne ou une hyperactivité du sphincter urétral après échec des traitements kinésithérapeutique et pharmacologique

ou

- une hyperactivité de la vessie, mais sans incontinence urinaire, réfractaire aux traitements kinésithérapeutique et pharmacologique.

Le diagnostic est posé sur base d'au moins un examen urodynamique.

et

c) Le bénéficiaire doit être apte et disposé à compléter entièrement et correctement le journal de miction proposé.

et

d) Le bénéficiaire doit être en mesure de se déplacer de façon autonome.

et

e) Le bénéficiaire doit avoir une capacité vésicale adéquate. Le détrusor doit permettre le stockage de ce volume sans

obstruction uréthrale.

et

f) 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.

et

g) L'estimation de l'espérance de vie du bénéficiaire après l'implantation du dispositif est de cinq ans au minimum pour un système non rechargeable et de dix ans au minimum pour un système rechargeable.

et

h) La stimulation d'essai, effectuée préalablement à l'implantation durant au moins sept jours, a abouti à:

- Une amélioration d'au moins 50% de l'incontinence urinaire telle que mesurée au moyen du journal de miction. Le journal de miction était rempli trois jours avant jusqu'au trois jours après la stimulation d'essai.

OU

- Une amélioration d'au moins 50% de l'échelle analogique visuelle de "satisfaction" du bénéficiaire. L'évaluation doit être effectuée deux fois; une première fois avant la stimulation d'essai et une seconde fois après la stimulation d'essai.

L'électrode en cas de stimulation d'essai négative :

La prestation 155094-155105 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si:

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

ET

- tous les autres critères de remboursement repris sous les points 1 et 2.1 susvisés sont rencontrés.

### **2.1.1 Critère d'inclusion supplémentaire pour l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable**

Les prestations 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 182556-182560 et 182615-182626 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable est justifiée par l'état du bénéficiaire ou son âge.

### **2.2. Critères d'exclusion**

a) Sclérose en plaques avec un score > 6 sur l'échelle de Kurtzke;

b) Durant la grossesse;

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, 155035-155046, 182512-182523, 182534-182545, 182556-182560, 182571-182582, 182593-182604, 182615-182626, 182630-182641 et 155153-155164 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### **3.1 Définition**

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

Le programmeur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

## **3.2. Critères**

### **3.2.1. Neurostimulateurs**

Tout nouveau neurostimulateur ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1.1., doit faire l'objet d'une demande d'adaptation de la Liste.

## **3.3. Conditions de garantie**

Neurostimulateurs non rechargeables:

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 155013-155024, 155035-155046 et 182571-182582 une garantie totale est exigée pour une période de vingt-quatre mois. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Neurostimulateurs rechargeables:

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604 une garantie totale de neuf ans est exigée pour les neurostimulateurs rechargeables. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182556-182560 et 182615-182626, une garantie totale de neuf ans est exigée.

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1.1. Neurostimulateurs non rechargeables:**

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux dispositions du point 2., le bilan urodynamique, le résultat de la stimulation d'essai, les caractéristiques cliniques, l'historique pertinent du patient et les comorbidités doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.1.2. Neurostimulateurs rechargeables:**

La prestation 182512-182523 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire D-Form-I-01 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

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**

### **4.2.1. Neurostimulateurs non rechargeables:**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1.1 doit être appliquée.

### **4.2.2. Neurostimulateurs rechargeables:**

La prestation 182534-182545 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire D-Form-I-01 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments

suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au

pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

Les documents desquels il ressort que le remplacement est justifié doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.3. Remplacement prématuré**

#### **4.3.1. Neurostimulateurs non rechargeables:**

La prestation 182571-182582 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant ce remplacement prématuré et à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière de garanties.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours qui suivent la réception d'une demande. La décision du médecin-conseil est communiquée simultanément et immédiatement au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur. La demande est réputée acceptée, sauf opposition du médecin-conseil dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort la justification du remplacement prématuré doivent toujours être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.3.2. Neurostimulateurs rechargeables:**

La prestation 182593-182604 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire D-Form-I-01 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

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

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

La demande est réputée acceptée, sauf opposition du Collège des médecins-directeurs dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort que le remplacement prématuré est justifié doivent toujours être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.4. Dérogation à la procédure**

**4.4.1.** 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.

**4.4.2.** Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés sans intervention de l'assurance obligatoire et qui répondaient, avant implantation, à toutes les conditions visées au point 2, un remboursement pour le remplacement de l'implant et des accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 4.1.

Les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doivent être entre autres mentionnés le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du remplacement, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604 exclut, pendant une période de neuf ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582 et 182534-182545.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Divers**

Pas d'application.

**Prestations liées**

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>154335</b> | <b>154346</b> |
| <b>154350</b> | <b>154361</b> |
| <b>154372</b> | <b>154383</b> |
| <b>154394</b> | <b>154405</b> |
| <b>154416</b> | <b>154420</b> |
| <b>154431</b> | <b>154442</b> |
| <b>154475</b> | <b>154486</b> |
| <b>154490</b> | <b>154501</b> |
| <b>154534</b> | <b>154545</b> |
| <b>154556</b> | <b>154560</b> |
| <b>154571</b> | <b>154582</b> |
| <b>154593</b> | <b>154604</b> |
| <b>154615</b> | <b>154626</b> |
| <b>154630</b> | <b>154641</b> |
| <b>154696</b> | <b>154700</b> |
| <b>154711</b> | <b>154722</b> |
| <b>154733</b> | <b>154744</b> |
| <b>154755</b> | <b>154766</b> |
| <b>154770</b> | <b>154781</b> |
| <b>154851</b> | <b>154862</b> |
| <b>154954</b> | <b>154965</b> |
| <b>155190</b> | <b>155201</b> |

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

#### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

#### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

#### **3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

#### **4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

#### **5. Règles d'attestation**

##### **5.1. Règles de non-cumul**

Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

##### **5.2. Autres règles**

Pas d'application

##### **5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

#### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

#### **7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la prostatectomie radicale endoscopique robotisée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172675-172686 ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

- Le bénéficiaire subit une prostatectomie radicale endoscopique robotisée

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172675-172686, ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1. Définition

Par «robotisée», il convient d'entendre une intervention effectuée par l'intermédiaire d'un robot équipé de 3 à 4 bras et commandé à distance depuis une console pour interventions par voie endoscopique avec image tridimensionnelle.

#### 3.2. Critères

Pas d'application.

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

La prestation 172675-172686 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si :

- une consultation oncologique multidisciplinaire a eu lieu avant la chirurgie ;

Les documents desquels il ressort que le point précédent a été rempli, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 172675-172686 et 154851-154862 sont cumulables.

#### 5.2. Autres règles

Pas d'application

#### 5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

### 7. Divers

Au plus tard le 1er juin 2016, la Belgian Association of Urology (BAU) doit, en collaboration avec les organismes assureurs, rédiger un rapport final sur la base des données collectées dans le cadre de la déclaration d'accord pour l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts du matériel de consommation pour une prostatectomie radicale assistée par robot effectuée par voie endoscopique (ainsi que de la littérature scientifique en la matière) à l'intention de la Commission.

Ce rapport doit contenir au moins les éléments suivants:

- Le nombre de patients traités
- L'âge des patients

- La durée d'hospitalisation
- Le type de tumeur
- La localisation dans la prostate avec indication d'atteinte ou non de la capsule
- Les informations anatomopathologiques
- Les paramètres péri-opératoire (perte de sang, transfusion, lymphadénectomie, préservation des nerfs)
- Le suivi des résultats :
  - o Incontinence
  - o Dysfonction érectile
  - o PSA
  - o QoL
  - o Nécessité d'un traitement adjuvant / traitement de sauvetage (radiothérapie, hormonothérapie)
- Le matériel utilisé
- La comparaison des résultats (durée d'hospitalisation, coûts des soins postopératoires,...) avec les données concernant :
  - o La prostatectomie radicale endoscopique non assistée par robot
  - o La prostatectomie radicale classique

Les données pour la comparaison sont issues, pour la même période, des données de facturation des organismes assureurs

- Les résultats sont examinés avec d'autres grandes séries (de la littérature nationale et internationale).

Sur la base de ce rapport final la Commission évaluera de nouveau les conditions de remboursement.

**Prestations liées****181764****155190****155201****181731****182055****182066****182092****182103**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Les prestations 181731 et 181764 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier.

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

### **3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

### **4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 182055-182066, 182092-182103, 155190-155201, 181731 et 181764 ne sont pas cumulables entre elles.

#### **5.2 Autres règles**

Pas d'application

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Divers**

Pas d'application

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

### E.1 Intervention sur l'œsophage

#### E.1.1 Oesophagectomie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155212 - 155223**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature et la prestation 228270-228281 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.244,38 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.244,38 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155234 - 155245**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature et la prestation 228270-228281 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.244,38 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.244,38 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155256 - 155260**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature et la prestation 228314-228325 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.244,38 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.244,38 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155271 - 155282**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature et la prestation 228314-228325 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.244,38 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.244,38 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155293 - 155304**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature et la prestation 228292-228303 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.519,66 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.519,66 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155315 - 155326**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature et la prestation 228292-228303 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.519,66 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.519,66 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155330 - 155341**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature et la prestation 228336-228340 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.519,66 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.519,66 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155352 - 155363**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature et la prestation 228336-228340 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.519,66 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.519,66 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

### E.1.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155374 - 155385**

Tuteur oesophagien auto-expansible en matière synthétique, par tuteur

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 629,60 € | <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>     | 629,60 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155396 - 155400**

Tuteur oesophagien auto-expansible en métal, par tuteur

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.388,11 € | <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>     | 1.388,11 € |

---

### E.1.3 Sonde de mesure

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155411 - 155422**

Sonde de mesure de l'acidité, utilisée lors de la prestation 473594 - 473605 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

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

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155433 - 155444**

Sonde de mesure de l'acidité et de l'impédance, utilisée lors de la prestation 474670-474681 de la nomenclature à partir de dix-huite ans

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 152,48 € | <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> | 83,86 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 68,62 € |

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155455 - 155466**

Sonde de mesure de l'acidité et de l'impédance, utilisée lors de la prestation 474670-474681 de la nomenclature jusqu'à dix-sept ans y compris

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 152,48 € | <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> | 38,12 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 114,36 € |

---

### E.1.4 Autres

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155470 - 155481**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473270 - 473281 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 97,22 € | <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> | 24,30 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 72,92 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/04/2016

**172616 - 172620**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une ablation par radiofréquence circonférentielle des tissus circulaires affectés sur une longueur de  $\geq 30$  mm dans l'œsophage de Barrett

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2.971,50 € | <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>     | 2.971,50 € |

**Conditions de remboursement :** E-§10

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/04/2016

**172631 - 172642**

Ensemble de matériel de consommation utilisé lors d'une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de  $\leq 20$  mm dans l'œsophage de Barrett

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.485,75 € | <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>     | 1.485,75 € |

**Conditions de remboursement :** E-§10

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/04/2016

**172653 - 172664**

Ensemble de matériel de consommation utilisé lors d'une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de > 20 mm dans l'œsophage de Barrett

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.981,00 € | <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>     | 1.981,00 € |

**Conditions de remboursement :** E-§10

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**173913 - 173924**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474832 - 474843 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 396,20 € | <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>     | 396,20 € |

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

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**173935 - 173946**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474876 - 474880 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 693,35 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 693,35 € |

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

---

### E.2 Intervention sur l'estomac

#### **E.2.1 Gastrectomie**

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155492 - 155503**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241474 - 241485 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 349,98 € | <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> | 87,49 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 262,49 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155514 - 155525**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241474 - 241485 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

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

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

*Montant du remboursement* 262,49 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155536 - 155540**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241533 - 241544 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 189,31 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 47,32 €

*Montant du remboursement* 141,99 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155551 - 155562**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241430 - 241441 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 495,30 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 123,82 €

*Montant du remboursement* 371,48 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155573 - 155584**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241452 - 241463 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 2.149,02 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 537,25 €

*Montant du remboursement* 1.611,77 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155595 - 155606**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241452 - 241463 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 712,25 € | <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> | 178,06 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 534,19 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155610 - 155621**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241555 - 241566 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 376,59 € | <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> | 94,14 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 282,45 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155632 - 155643**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241415 - 241426 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 495,30 € | <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> | 123,82 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 371,48 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

### E.2.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155654 - 155665**

Ensemble du matériel utilisé pour le placement d'une sonde de gastrostomie, y compris la sonde de gastrostomie, utilisé lors de la prestation 355950-355961 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 81,86 € | <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>     | 81,86 € |

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155676 - 155680**

Ensemble du matériel utilisé pour le placement d'une sonde de gastrostomie, y compris la sonde de gastrostomie, utilisé lors de la prestation 241695-241706 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

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

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

**Montant du remboursement** 40,94 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155691 - 155702**

Bouton gastrique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

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

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

**Montant du remboursement** 163,74 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155713 - 155724**

Sonde de gastrostomie de remplacement

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

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

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

**Montant du remboursement** 20,46 €

**Conditions de remboursement :** E-§01

---

### E.2.3 Autres

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155735 - 155746**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241614 - 241625 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

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

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

**Montant du remboursement** 262,49 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155750 - 155761**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241614 - 241625 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 349,98 € | <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> | 87,49 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 262,49 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155772 - 155783**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244716 - 244720 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 367,38 € | <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> | 91,84 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 275,54 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

### E.3 Bariatrie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155794 - 155805**

Anneau gastrique réglable et système de port de commande, utilisés à l'occasion de la prestation 241813-241824 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.D.c

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**155816 - 155820**

Remplacement du port et/ou cathéter de la prestation 155794-155805

**Catégorie de remboursement :**

I.D.c

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

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155831 - 155842**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241776-241780 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.e

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

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155853 - 155864**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241776-241780 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.c

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

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155875 - 155886**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241813-241824 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.c

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 358,17 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 45,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 161,17 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 197,00 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155890 - 155901**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241835-241846 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.e

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

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155912 - 155923**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241835-241846 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.c

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

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

### E.4 Intervention sur l'intestin grêle, le colon, le rectum, l'anus ou l'appendice

#### E.4.1 Résection

##### E.4.1.1 Résection de l'intestin grêle

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155934 - 155945**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243235 - 243246 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |            |                                |                                     |          |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.213,69 € | <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> | 303,42 € |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 910,27 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155956 - 155960**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243235 - 243246 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 300,86 € | <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> | 75,21 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 225,65 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155971 - 155982**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243250 - 243261 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 349,98 € | <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> | 87,49 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 262,49 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

### E.4.1.2 Résection du colon, du rectum ou de l'anus

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**155993 - 156004**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243036 - 243040 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.661,91 € | <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> | 415,47 €   |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.246,44 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156015 - 156026**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243036 - 243040 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 466,64 € | <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> | 116,66 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 349,98 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156030 - 156041**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243073 - 243084 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.597,44 € | <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> | 399,36 €   |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.198,08 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156052 - 156063**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243073 - 243084 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 427,76 € | <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> | 106,94 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 320,82 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156074 - 156085**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244053 - 244064 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |            |                                |                                     |          |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.128,74 € | <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> | 282,18 € |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 846,56 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156096 - 156100**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244053 - 244064 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

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

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156111 - 156122**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244016 - 244020 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |            |                                |                                     |          |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.021,29 € | <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> | 255,32 € |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 765,97 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156133 - 156144**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244753 - 244764 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.895,23 € | <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> | 473,80 €   |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.421,43 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156155 - 156166**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244753 - 244764 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 915,90 € | <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> | 228,97 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 686,93 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156170 - 156181**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'une hémicolectomie gauche, d'une résection du sigmoïde ou d'une résection partielle du rectum, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.781,64 € | <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> | 445,41 €   |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.336,23 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156192 - 156203**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'une hémicolectomie gauche, d'une résection du sigmoïde ou d'une résection partielle du rectum, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.359,00 € | <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> | 339,75 €   |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.019,25 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156214 - 156225**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'hémicolectomie droite ou d'une résection segmentaire du colon, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |          |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.328,30 € | <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> | 332,07 € |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 996,23 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156236 - 156240**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243051 – 243062 de la nomenclature à l'occasion d'hémi-colectomie droite ou d'une résection segmentaire du colon, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 425,71 € | <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> | 106,42 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 319,29 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156251 - 156262**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244031 - 244042 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.940,26 € | <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> | 485,06 €   |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.455,20 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156273 - 156284**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244031 - 244042 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.386,63 € | <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> | 346,65 €   |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.039,98 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156295 - 156306**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244554 - 244565 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 405,24 € | <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> | 101,31 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 303,93 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

### E.4.1.3 Appendectomie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156310 - 156321**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243154-243165 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 307,01 € | <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> | 168,85 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 138,16 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156332 - 156343**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244871-244882 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |          |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.228,01 € | <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> | 307,00 € |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 921,01 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156354 - 156365**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244871-244882 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 230,25 € | <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> | 57,56 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 172,69 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

### E.4.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**156376 - 156380**

Sonde jéjunale

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 22,51 € | <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>     | 22,51 € |

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**156391 - 156402**

Tuteur duodéal auto-expansible, par tuteur

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.388,11 € | <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>     | 1.388,11 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**156413 - 156424**

Tuteur du côlon, auto-expansible, par tuteur

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.388,11 € | <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>     | 1.388,11 € |

### E.4.3 Autres

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156435 - 156446**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473690 - 473701 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 264,02 € | <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> | 66,00 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 198,02 € |

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

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156450 - 156461**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242115 - 242126 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 870,87 € | <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> | 217,71 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 653,16 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156472 - 156483**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242115 - 242126 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 870,87 € | <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> | 217,71 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 653,16 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156494 - 156505**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243110 - 243121 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 689,73 € | <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> | 172,43 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 517,30 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156516 - 156520**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243110 - 243121 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 418,55 € | <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> | 104,63 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 313,92 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156531 - 156542**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243272 - 243283 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |            |                                |                                     |          |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.149,22 € | <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> | 287,30 € |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 861,92 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156553 - 156564**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243272 - 243283 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |          |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.149,22 € | <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> | 287,30 € |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 861,92 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156575 - 156586**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243176 - 243180 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |          |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.128,74 € | <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> | 282,18 € |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 846,56 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156590 - 156601**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243176 - 243180 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 185,22 € | <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> | 46,30 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 138,92 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156612 - 156623**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243191 - 243202 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 170,90 € | <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> | 42,72 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 128,18 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156634 - 156645**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244156 - 244160 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 816,63 € | <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> | 204,15 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 612,48 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156656 - 156660**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244156 - 244160 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 816,63 € | <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> | 204,15 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 612,48 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156671 - 156682**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244193 - 244204 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 586,38 € | <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> | 146,59 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 439,79 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156693 - 156704**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243331 - 243342 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 169,87 € | <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> | 42,46 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 127,41 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**173950 - 173961**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474751 - 474762 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 297,15 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 297,15 €

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

---

### E.4.4 Vidéocapsule

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/03/2021

**181392 - 181403**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

*Base de remboursement* 614,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 153,50 €

*Montant du remboursement* 460,50 €

**Conditions de remboursement :** E-§13

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**158130 - 158141**

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

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

*Base de remboursement* 614,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 153,50 €

*Montant du remboursement* 460,50 €

---

## E.5 Intervention sur le foie, le pancréas ou la vésicule biliaire

### E.5.1 Résection

#### E.5.1.1 Résection du foie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156715 - 156726**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244856-244860 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 1.026,42 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.026,42 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156730 - 156741**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244856-244860 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 710,20 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 710,20 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156752 - 156763**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242292 - 242303 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 783,88 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 195,97 €

*Montant du remboursement* 587,91 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156774 - 156785**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242292 - 242303 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 383,75 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 95,93 €

*Montant du remboursement* 287,82 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156796 - 156800**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242336 - 242340 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 783,88 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 195,97 €

*Montant du remboursement* 587,91 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156811 - 156822**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242336 - 242340 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 383,75 € | <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> | 95,93 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 287,82 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156833 - 156844**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242314 - 242325 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 783,88 € | <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> | 195,97 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 587,91 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156855 - 156866**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242314 - 242325 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 383,75 € | <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> | 95,93 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 287,82 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

### E.5.1.2 Résection de la vésicule biliaire

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156870 - 156881**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242454-242465 et 242476-242480 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 305,98 € | <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> | 76,49 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 229,49 € |

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

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

### E.5.1.3 Résection du pancréas

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156892 - 156903**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 97,22 € | <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> | 24,30 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 72,92 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156914 - 156925**

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

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 97,22 € | <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> | 24,30 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 72,92 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156936 - 156940**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 – 242023 de la nomenclature et la prestation 242830–242841 de la pseudonomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 883,15 € | <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> | 220,78 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 662,37 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156951 - 156962**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 – 242023 de la nomenclature et la prestation 242830–242841 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 883,15 € | <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> | 220,78 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 662,37 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**156973 - 156984**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242034 – 242045 de la nomenclature et la prestation 242852–242863 de la pseudonomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 554,65 € | <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> | 138,66 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 415,99 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

### E.5.2 Sonde/Stent

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**156995 - 157006**

Tuteur biliaire en matière synthétique, par tuteur

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157010 - 157021**

Tuteur biliaire, auto-expansible, par tuteur

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 991,51 € | <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>     | 991,51 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157032 - 157043**

Tuteur pancréatique en matière synthétique, par tuteur

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

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

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 991,51 € | <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>     | 991,51 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157076 - 157080** Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723 de la nomenclature, par voie endoscopique, sans utilisation de ballonnet de dilatation

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 365,34 € | <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> | 91,33 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 274,01 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157091 - 157102** Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723 de la nomenclature, par voie endoscopique, le ballonnet de dilatation utilisé inclus

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 599,68 € | <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> | 149,92 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 449,76 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

### E.5.3 Autres

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157113 - 157124** Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473830 - 473841 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 440,04 € | <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> | 110,01 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 330,03 € |

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

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157135 - 157146**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242491 - 242502 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 163,74 € | <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> | 40,93 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 122,81 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157150 - 157161**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242491 - 242502 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 163,74 € | <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> | 40,93 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 122,81 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157172 - 157183**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242373 - 242384 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 170,90 € | <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> | 42,72 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 128,18 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157194 - 157205**

Matériel pour biopsie hépatique percutanée utilisé lors de la prestation 355751 - 355762 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 20,46 € | <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>     | 20,46 € |

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157216 - 157220**

Ensemble du matériel pour le prélèvement d'une biopsie hépatique via une cathétérisation transjugulaire, utilisé lors de la prestation 473410 - 473421 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 255,84 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 255,84 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157231 - 157242**

Utilisation des cathéters à radiofréquence lors de l'ablation endoscopique de tumeurs du foie

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 866,77 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 216,69 €

*Montant du remboursement* 650,08 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157253 - 157264**

Set de cysto-entérostomie ou de cystogastrostomie utilisé lors de la prestation 473911 - 473922 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 291,65 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 72,91 €

*Montant du remboursement* 218,74 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**173972 - 173983**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474736 - 474740 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.188,60 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.188,60 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**173994 - 174005**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474773 - 474784 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 198,10 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 198,10 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

### E.5.4 Dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique

Date dernière modification : 1/10/2021

Date première publication :  
1/08/2015

**172314 - 172325**

Ensemble du matériel de consommation, y compris l'utilisation de l'appareil, pour la réalisation d'une session de dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 2.034,41 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 2.034,41 €

**Conditions de remboursement :** E-§09

---

### E.6 Autres chirurgies abdominales, digestives ou oncologiques (debulking, ...)

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157275 - 157286**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244893-244904 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 409,33 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 409,33 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157290 - 157301**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244893-244904 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 409,33 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 409,33 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157312 - 157323**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244915-244926 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 409,33 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 409,33 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157334 - 157345**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244915-244926 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 409,33 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 409,33 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157356 - 157360**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244930-244941 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.801,09 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.801,09 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157371 - 157382**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 244952-244963 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 409,33 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 409,33 €

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157393 - 157404**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 240472-240483 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 207,74 € | <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> | 51,93 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 155,81 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157415 - 157426**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 240450-240461 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 207,74 € | <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> | 51,93 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 155,81 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157430 - 157441**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243751 - 243762 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 827,88 € | <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> | 206,97 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 620,91 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157452 - 157463**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243751 - 243762 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 383,75 € | <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> | 95,93 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 287,82 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157474 - 157485**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243773 - 243784 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 921,01 € | <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> | 230,25 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 690,76 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157496 - 157500**

Ensemble du matériel de consommation, y compris le système d'aspiration pour l'évacuation des vapeurs toxiques développé spécifiquement pour la prestation 244974-244985 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.637,35 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /          | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.637,35 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**180014 - 180025**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474891 - 474902 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 138,67 € | <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>     | 138,67 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**180036 - 180040**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474795 - 474806 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,58 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 148,58 € |

**Conditions de remboursement :** E-§11,E-§08

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/11/2016

**180051 - 180062**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474810 - 474821 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 396,20 € | <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>     | 396,20 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

### E.7 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157511 - 157522**

Sphincter anal artificiel pour le traitement de l'incontinence fécale, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :** I.C.a

**Liste Nom.** 31701

|                              |            |                              |        |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 5.424,52 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 5.424,52 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 5.424,52 € |

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**181672 - 181683**

Sphincter anal artificiel de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :** I.C.a

**Liste Nom.** 31701

|                              |            |                              |        |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 5.424,52 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 5.424,52 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 5.424,52 € |

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**181694 - 181705**

Sphincter anal artificiel de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale, y compris les accessoires, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :** I.C.a

**Liste Nom.** 31701

|                              |            |                              |        |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 5.424,52 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 5.424,52 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 5.424,52 € |

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

### E.8 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157533 - 157544**

Premier neurostimulateur pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.414,45 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157555 - 157566**

Neurostimulateur de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.414,45 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157570 - 157581**

Electrode pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.135,14 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157592 - 157603**

Électrode de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

1.135,14 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157614 - 157625**

Programmeur patient pour neurostimulation en cas de traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31803

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*606,48 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157636 - 157640**

Premier neurostimulateur non-rechargeable pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31901

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*6.740,86 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157651 - 157662**

Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31901

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*6.740,86 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157673 - 157684**

Electrode pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31903

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.372,79 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157695 - 157706**

Électrode de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31903

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.372,79 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157710 - 157721**

Electrode en cas de stimulation d'essai négative lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31903

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.372,79 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157732 - 157743**

Extension pour neurostimulateur lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31902

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*264,87 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157754 - 157765**

Extension de remplacement pour neurostimulateur lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31902

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*264,87 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**157776 - 157780**

Programmateur patient pour neurostimulation lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31904

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

606,48 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**181591 - 181602**

Neurostimulateur de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

4.414,45 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**181613 - 181624**

Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la graciloplastie dynamique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31803

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

606,48 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**181635 - 181646**

Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 31901

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

6.740,86 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** E-§04

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**181650 - 181661**

Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31904

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*606,48 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182733 - 182744**

Premier neurostimulateur rechargeable pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31905

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*6.740,86 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182755 - 182766**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31905

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*6.740,86 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182770 - 182781**

Chargeur pour neurostimulateur rechargeable lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31906

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182792 - 182803**

Neurostimulateur rechargeable pour le traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31905

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*6.740,86 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182814 - 182825**

Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable lors du traitement de l'incontinence fécale au moyen de la stimulation du nerf sacré

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31906

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.485,75 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*E-§04*

---

### E.9 Traitement d'hernies

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157791 - 157802**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241872-241883 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement*

*716,34 €*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*25,00%*

*Prix plafond/ maximum*

*/*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*179,08 €*

*Montant du remboursement*

*537,26 €*

**Conditions de remboursement :**

*E-§08*

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157813 - 157824**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241894-241905 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement*

*716,34 €*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*25,00%*

*Prix plafond/ maximum*

*/*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*179,08 €*

*Montant du remboursement*

*537,26 €*

**Conditions de remboursement :**

*E-§08*

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157835 - 157846**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241916-241920 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 716,34 € | <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> | 179,08 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 537,26 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157850 - 157861**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241931-241942 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 992,64 € | <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> | 248,16 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 744,48 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**157872 - 157883**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 241032-241043 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 354,07 € | <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> | 88,51 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 265,56 € |

**Conditions de remboursement :** E-§05,E-§08

---

### E.10 Filets

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157894 - 157905**

Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou pour réparation d'une hernie inguinale ou pour la protection d'un organe jusque 300 cm<sup>2</sup>, par cm<sup>2</sup>

**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

---

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**157916 - 157920**

Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou pour réparation d'une hernie inguinale ou pour la protection d'un organe à partir de 300 cm<sup>2</sup>, par cm<sup>2</sup>

**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 € |
|                              |        |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 0,40 € |

**Conditions de remboursement :** E-§06

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**157931 - 157942**

Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale), conçu pour un placement intrapéritonéen et en contact avec un organe jusque 300 cm<sup>2</sup>, par cm<sup>2</sup>

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 32001

|                              |        |                              |        |                                     |        |
|------------------------------|--------|------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2,97 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 30,00% | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>          | 3,86 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,89 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 € |
|                              |        |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 2,97 € |

**Conditions de remboursement :** E-§06

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**157953 - 157964**

Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale), conçu pour un placement intrapéritonéen et en contact avec un organe à partir de 300 cm<sup>2</sup>, par cm<sup>2</sup>

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 32002

|                              |        |                              |        |                                     |        |
|------------------------------|--------|------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1,98 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 30,00% | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>          | 2,57 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,59 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 € |
|                              |        |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 1,98 € |

**Conditions de remboursement :** E-§06

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**157990 - 158001**

Filet préformé pour réparation d'une hernie inguinale

**Catégorie de remboursement :**

I.E.b

**Liste Nom.** 32101

|                              |          |                              |   |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 193,35 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 25,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> | / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 48,33 €  |
|                              |          |                              |   | <i>Montant du remboursement</i>     | 145,02 € |

**Conditions de remboursement :** E-§06

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**158012 - 158023**

Filet préformé pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale)

**Catégorie de remboursement :**

I.E.b

**Liste Nom.**

32102

*Base de remboursement*

193,35 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

25,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

48,33 €

*Montant du remboursement*

145,02 €

**Conditions de remboursement :**

E-§06

---

### E.11 Intervention sur la rate ou les glandes surrénales

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**158056 - 158060**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242712 - 242723 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement*

413,43 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

25,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

103,35 €

*Montant du remboursement*

310,08 €

**Conditions de remboursement :**

E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**158071 - 158082**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242712 - 242723 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement*

413,43 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

25,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

103,35 €

*Montant du remboursement*

310,08 €

**Conditions de remboursement :**

E-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**158093 - 158104**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242690 - 242701 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement*

443,11 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

25,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

110,77 €

*Montant du remboursement*

332,34 €

**Conditions de remboursement :**

E-§08

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**158115 - 158126**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242631 - 242642 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 653,92 € | <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> | 163,48 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 490,44 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

---

### E.12 Divers

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**158152 - 158163**

Shunt péritonéoveineux pour traitement d'ascite

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.344,48 € | <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>     | 1.344,48 € |

Date dernière modification : 1/01/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**158211 - 158222**

Anse pour l'ablation endoscopique de polypes ou de lésions nodulaires dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors d'une des prestations 473955 – 473966 ou 473211 - 473222 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 20,46 € | <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> | 11,25 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 9,21 €  |

Date dernière modification : 1/01/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**158233 - 158244**

Pince pour le prélèvement endoscopique d'une biopsie dans le tractus gastro-intestinal, utilisée lors de la prestation 472356 - 472360, 472452 - 472463, 473056 - 473060, 473093 - 473104, 473174 - 473185, 473211 – 473222 ou 473432 – 473443 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |         |                                |                                     |        |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 15,35 € | <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> | 8,44 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 6,91 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/01/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**158255 - 158266**

Aiguille pour l'injection d'un agent sclérosant, utilisée lors d'une des prestations 473211 - 473222, 473270 - 473281, 473675 - 473686 ou 473771 - 473782 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 15,35 € | <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> | 3,83 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 11,52 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**158270 - 158281**

Un ou plusieurs ballon(s) utilisé(s) par voie endoscopique pour le traitement des constrictions et des sténoses dans le tractus gastro-intestinal, utilisé lors d'une des prestations 472091-472102 ou 473815-473826 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

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

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**158292 - 158303**

Brosse de cytologie utilisée lors d'une des prestations 472356 - 472360, 473056 - 473060, 473734 - 473745, 473093 - 473104, 473690 - 473701 ou 473712 - 473723 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |         |                                |                                     |        |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 15,35 € | <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> | 8,44 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 6,91 € |

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**158314 - 158325**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243611 - 243622 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 170,90 € | <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> | 42,72 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 128,18 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**158336 - 158340**

Cathéter à demeure en vue d'une dialyse péritonéale chronique

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 235,98 € | <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>     | 235,98 € |

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**158373 - 158384**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 353253 – 353264 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 307,01 € | <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> | 168,85 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 138,16 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**158395 - 158406**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 350512 – 350523 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 307,01 € | <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> | 168,85 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 138,16 € |

**Conditions de remboursement :** E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**180073 - 180084**

Aiguille cytologique utilisée lors d'un examen gastro-entérologique couplé avec une échographie et une ponction

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,58 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 148,58 € |

**Conditions de remboursement :** E-§07,E-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**180095 - 180106**

Aiguille histologique utilisée lors d'un examen gastro-entérologique couplé avec une échographie et une ponction

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 272,39 € | <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>     | 272,39 € |

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Conditions de remboursement : E-§07,E-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**180110 - 180121**

Ensemble du matériel de consommation, y compris le clip d'hémostase éventuel, utilisé lors de la prestation 473970-473981 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 594,30 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 594,30 €

Conditions de remboursement : E-§11,E-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**180132 - 180143**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473771 - 473782 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 297,15 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 297,15 €

Conditions de remboursement : E-§07,E-§12,E-§08

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/11/2016

**180154 - 180165**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 472393 - 472404 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 99,05 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 99,05 €

Conditions de remboursement : E-§08

---

# Conditions de remboursement

E-§01

Prestations liées

155713

155724

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

## 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

## 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

## 4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

## 5. Règles d'attestation

### 5.1. Règles de cumul et non-cumul

Pas d'application

### 5.2. Autres règles

La prestation 155713-155724 ne peut être attestée que maximum trois fois par an.

### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

## 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

## 7. Divers

Pas d'application

156435

156446

157113

157124

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel, avec ou sans matériel implantable, utilisé lors d'une fibroduodéoscopie avec papillotomie ou lors d'une cholangiowirsungographie rétrograde avec extraction de calculs cholédociens, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 156435-156446 et 157113-157124 ne sont pas cumulables entre elles.

**5.2. Autres règles**

Pas d'application

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors d'une cholécystectomie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Pour la prestation 156870-156881, l'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée que lorsque le nombre de journées d'hospitalisation postopératoire à compter de la date de l'intervention est de quatre maximum. Aucun montant supplémentaire ne peut être porté en compte au bénéficiaire pour ce matériel quelle que soit la durée du séjour .

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 157511 | 157522 |
| 157533 | 157544 |
| 157555 | 157566 |
| 157570 | 157581 |
| 157592 | 157603 |
| 157614 | 157625 |
| 157636 | 157640 |
| 157651 | 157662 |
| 157673 | 157684 |
| 157695 | 157706 |
| 157710 | 157721 |
| 157732 | 157743 |
| 157754 | 157765 |
| 157776 | 157780 |
| 181591 | 181602 |
| 181613 | 181624 |
| 181635 | 181646 |
| 181650 | 181661 |
| 181672 | 181683 |
| 181694 | 181705 |
| 182733 | 182744 |
| 182755 | 182766 |
| 182770 | 182781 |
| 182792 | 182803 |
| 182814 | 182825 |

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

Les prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 182770-182781, 182814-182825, 157511-157522, 181672-181683 et 181694-181705 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.** L'établissement hospitalier doit disposer d'une équipe multidisciplinaire responsable de la pose de l'indication, du screening, de l'implantation et du suivi à long terme du traitement. Cette équipe est composée d'au moins 5 membres, à savoir un chirurgien abdominal ou colorectal, un gastro-entérologue avec une qualification professionnelle particulière en proctologie, un urologue, un gynécologue et un kinésithérapeute avec une qualification professionnelle particulière en rééducation abdomino-pelvienne et périnatale. Ces membres travaillent chacun au moins mi-temps dans l'établissement hospitalier traitant.

**1.2.** Le médecin spécialiste implanteur a une expertise dans le domaine du traitement chirurgical de l'incontinence fécale, démontrée et maintenue de manière continue par un minimum de deux interventions en moyenne prestées sur deux années. Ceci est calculé comme la moyenne pour les années x-3 et x-4 pour les prestations suivantes de la Liste : 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157710-157721, 157511-157522, 181672-181683 et 181694-181705.

**1.3.** L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire E-Form-II-02 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 182770-182781, 182814-182825, 157511-157522, 181672-181683 et 181694-181705 selon les modalités de soumission déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes ; les prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 182770-182781, 182814-182825, 157511-157522, 181672-181683 et 181694-181705 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date.

Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement hospitalier. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire E-Form-II-02 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire E-Form-II-02 mis à jour.

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 182770-182781, 182814-182825, 157511-157522, 181672-181683 et 181694-181705 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 la graciloplastie dynamique, la stimulation du nerf sacré et le sphincter anal artificiel**

a) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ou du sphincter anal artificiel ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif. Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes, d'un neurostimulateur ou d'un sphincter anal artificiel entrent en ligne de compte. Le bénéficiaire s'engage à être évalué et suivi au moins une fois par année par l'équipe multidisciplinaire afin de conserver une relation thérapeutique.

Le consentement éclairé doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement proposé et du suivi obligatoire du traitement après implantation. Le consentement éclairé signé doit être conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.

et

b) Le bénéficiaire est atteint de l'incontinence fécale depuis plus de six mois, démontrée au moyen d'un carnet de bord.

ou

Le bénéficiaire est atteint de l'incontinence fécale suite à une reconstruction périnéale après amputation abdomino-périnéale du rectum.

L'incontinence fécale est définie comme la perte involontaire de selles solides ou liquides.

L'incontinence fécale est évaluée au moyen du score de WEXNER. Seuls des bénéficiaires avec au moins 12/20 pour le score total et/ou 2/4 pour les selles solides ou liquides entrent en ligne de compte.

et

c) L'incontinence fécale n'a pas réagi ou insuffisamment aux traitements antérieurs consistant en au moins des traitements médicamenteux et en rééducation pelvienne et/ou en biofeedback.

et

d) Suite à l'incontinence fécale, le bénéficiaire est limité dans la vie quotidienne. L'impact de l'incontinence fécale sur la qualité de vie est évalué au moyen d'un carnet de bord ou du Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQL).

et

e) Le diagnostic est posé sur base au moins des examens suivants :

- Manométrie ano-rectale (pression basale au repos, pression maximale volontaire en valeur absolue et sensation de remplissage du rectum)
- Echographie endo-anale. En cas de présence d'un défaut du sphincter interne/externe : étiologie et durée de la présence
- (Colpo-)cysto-défécographie : obligatoire seulement pour les personnes qui ont un utérus

#### 2.1.1. Critère d'inclusion supplémentaire pour la stimulation du nerf sacré

Les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins quinze jours sont positifs. La stimulation d'essai est positive lorsque les deux conditions suivantes sont remplies après au moins quinze jours:

- Diminution d'au moins 50% de l'incontinence fécale telle que mesurée au moyen du score de WEXNER. L'évaluation doit être effectuée deux fois; une première fois avant la stimulation d'essai et une seconde fois avant la fin de la stimulation d'essai.

ET

- Une aggravation de l'incontinence fécale telle que mesurée au moyen du score de WEXNER après l'arrêt de la stimulation d'essai.

L'électrode en cas de stimulation d'essai négative :

La prestation 157710-157721 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si:

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

et

- tous les autres critères de remboursement repris sous les points 1. et 2.1. susvisés sont rencontrés.

#### 2.1.2. Critère d'inclusion supplémentaire pour l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable

Les prestations 182733-182744, 182755-182766, 182792-182803, 182770-182781 et 182814-182825 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable est justifiée par l'état du bénéficiaire ou son âge.

#### 2.2. Critères d'exclusion pour la graciloplastie dynamique, la stimulation du nerf sacré et le sphincter anal artificiel

a) une grossesse en cours

ou

b) un prolapsus externe ou prolapsus recto-anal interne

ou

c) une diarrhée chronique causée par une autre pathologie sous-jacente

ou

d) une recrudescence d'une maladie intestinale chronique, telle qu'une maladie inflammatoire de l'intestin (IBD) ou un syndrome de l'intestin irritable (IBS) durant les 3 années précédant l'implantation

ou

e) une stomie intestinale définitive

### 3. Critères concernant le dispositif

#### 3.1. Définition

##### 3.1.1. Neurostimulateurs

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

Le programmeur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

### **3.1.2. Sphincter anal artificiel**

Le sphincter anal artificiel est composé d'une manchette gonflable et d'une pompe avec système de contrôle.

### **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, 181591-181602, 157636-157640, 157651-157662, et 181635-181646 une garantie totale est exigée pour une période de vingt-quatre mois. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Neurostimulateurs rechargeables:

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182733-182744, 182755-182766 et 182792-182803, une garantie totale de neuf ans est exigée pour les neurostimulateurs rechargeables.

Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182770-182781 et 182814-182825, une garantie totale de neuf ans est exigée.

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation**

#### **4.1.1. Neurostimulateurs non-rechargeables et sphincter anal artificiel:**

Les prestations 157533-157544, 157636-157640, 157614-157625, 157673-157684, 157732-157743, 157776-157780 et 157511-157522, ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire est sélectionné au préalable par une équipe multidisciplinaire dont la composition est décrite au point 1.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que les caractéristiques cliniques, l'historique pertinent du patient et les comorbidités doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.1.2. Neurostimulateurs rechargeables:**

La prestation 182733-182744 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire E-Form-I-04 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

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**

#### **4.2.1. Neurostimulateurs non-rechargeables et sphincter anal artificiel:**

Les prestations 157555-157566, 157651-157662, 157695-157706, 157754-157765, 181613-181624, 181650-181661, et 181672-181683 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si les documents desquels il ressort que le remplacement est justifié sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.2.2. Neurostimulateurs rechargeables:**

La prestation 182755-182766 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire E-Form-I-04 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

Les documents desquels il ressort que le remplacement est justifié doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.3. Remplacement prématuré**

#### **4.3.1. Neurostimulateurs non-rechargeables et sphincter anal artificiel:**

Les prestations 181591-181602, 181635-181646, et 181694-181705 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant ce remplacement prématuré et à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties.

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

La décision du médecin-conseil est communiquée simultanément et immédiatement au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

La demande est réputée acceptée, sauf opposition du médecin-conseil dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort que le remplacement prématuré est justifié doivent également être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.3.2. Neurostimulateurs rechargeables:**

La prestation 182792-182803 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire E-Form-I-04 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

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

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et

au médecin-spécialiste implanteur.

La demande est réputée acceptée, sauf opposition du Collège des médecins-directeurs dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort que le remplacement prématuré est justifié doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés sans intervention de l'assurance obligatoire et qui répondaient, avant implantation, à toutes les conditions visées au point 2, un remboursement pour le remplacement de l'implant et des accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 4.1.

Les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doivent être entre autres mentionnés le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du remplacement, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182733-182744, 182755-182766 et 182792-182803 exclut, pendant une période de neuf ans, une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646 et 182755-182766.

## **6. Résultats et statistiques**

La Commission peut, en tout temps, demander à la Section belge de Chirurgie Colorectale de la Société royale belge de Chirurgie une évaluation avec rapport.

La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

## **7. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors d'une hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Pour la prestation 157872-157883, l'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée que lorsque le nombre de journées d'hospitalisation postopératoire à compter de la date de l'intervention est de cinq maximum.

Aucun montant supplémentaire ne peut être porté en compte au bénéficiaire pour ce matériel, quelle que soit la durée du séjour

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

157894 157905

157916 157920

157931 157942

157953 157964

157990 158001

158012 158023

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filets pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale et pour réparation d'une hernie inguinale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 157931-157942, 157953-157964, 157990-158001 et 158012-158023 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

**3.1 Définition**

Pas d'application

**3.2 Critères**

Les filets pour la réparation d'un défaut de la paroi abdominale (sauf réparation d'une hernie inguinale), conçus pour un placement intrapéritonéen et en contact avec un organe et les filets préformés pour la réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou la réparation d'une hernie inguinale ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il existe au moins une étude prospective, randomisée ou non, avec un follow-up d'au moins un an, publiée dans un journal peer-reviewed qui démontre que le filet est au moins équivalent en sécurité et en efficacité au « gold standard » (le taux de récurrence après un an étant le paramètre le plus important).

Le "gold standard" pour les réparations d'une hernie ventrale (> 2 cm) ou d'une hernie cicatricielle est la technique de "sublay" avec un filet comme prévu dans les prestations 157894–157905 et 157916-157920. Le "gold standard" pour la réparation d'une hernie inguinale est la technique de Lichtenstein avec un filet comme prévu dans les prestations 157894–157905 et 157916-157920 ou le placement laparoscopique d'un filet comme prévu dans les prestations 157894–157905 et 157916-157920.

**3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Par filet utilisé, une seule des prestations 157894-157905, 157916-157920, 157931-157942, 157953-157964, 157990-158001 ou 158012-158023 peut être attestée.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Les prestations 157894-157905 et 157916-157920 doivent être considérées comme des prestations de base.

|        |        |
|--------|--------|
| 180073 | 180084 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 180095 | 180106 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 180132 | 180143 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de consommation, avec ou sans matériel implantable, utilisé lors d'une hémostase en urgence pour hémorragie digestive ou pour les prestations relatives au(x) prélèvement(s) à l'aiguille de tissu au travers de la paroi du tube digestif, par écho-endoscopie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 180073-180084, 180095-180106 et 180132-180143 ne sont pas cumulables entre elles.

**5.2. Autres règles**

Pas d'application

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

**Prestations liées**

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>155212</b> | <b>155223</b> |
| <b>155234</b> | <b>155245</b> |
| <b>155256</b> | <b>155260</b> |
| <b>155271</b> | <b>155282</b> |
| <b>155293</b> | <b>155304</b> |
| <b>155315</b> | <b>155326</b> |
| <b>155330</b> | <b>155341</b> |
| <b>155352</b> | <b>155363</b> |
| <b>155470</b> | <b>155481</b> |
| <b>155492</b> | <b>155503</b> |
| <b>155514</b> | <b>155525</b> |
| <b>155536</b> | <b>155540</b> |
| <b>155551</b> | <b>155562</b> |
| <b>155573</b> | <b>155584</b> |
| <b>155595</b> | <b>155606</b> |
| <b>155610</b> | <b>155621</b> |
| <b>155632</b> | <b>155643</b> |
| <b>155735</b> | <b>155746</b> |
| <b>155750</b> | <b>155761</b> |
| <b>155772</b> | <b>155783</b> |
| <b>155831</b> | <b>155842</b> |
| <b>155853</b> | <b>155864</b> |
| <b>155875</b> | <b>155886</b> |
| <b>155890</b> | <b>155901</b> |
| <b>155912</b> | <b>155923</b> |
| <b>155934</b> | <b>155945</b> |
| <b>155956</b> | <b>155960</b> |
| <b>155971</b> | <b>155982</b> |
| <b>155993</b> | <b>156004</b> |
| <b>156015</b> | <b>156026</b> |
| <b>156030</b> | <b>156041</b> |
| <b>156052</b> | <b>156063</b> |
| <b>156074</b> | <b>156085</b> |
| <b>156096</b> | <b>156100</b> |
| <b>156111</b> | <b>156122</b> |
| <b>156133</b> | <b>156144</b> |
| <b>156155</b> | <b>156166</b> |
| <b>156170</b> | <b>156181</b> |
| <b>156192</b> | <b>156203</b> |
| <b>156214</b> | <b>156225</b> |
| <b>156236</b> | <b>156240</b> |

|        |        |
|--------|--------|
| 156251 | 156262 |
| 156273 | 156284 |
| 156295 | 156306 |
| 156310 | 156321 |
| 156332 | 156343 |
| 156354 | 156365 |
| 156435 | 156446 |
| 156450 | 156461 |
| 156472 | 156483 |
| 156494 | 156505 |
| 156516 | 156520 |
| 156531 | 156542 |
| 156553 | 156564 |
| 156575 | 156586 |
| 156590 | 156601 |
| 156612 | 156623 |
| 156634 | 156645 |
| 156656 | 156660 |
| 156671 | 156682 |
| 156693 | 156704 |
| 156715 | 156726 |
| 156730 | 156741 |
| 156752 | 156763 |
| 156774 | 156785 |
| 156796 | 156800 |
| 156811 | 156822 |
| 156833 | 156844 |
| 156855 | 156866 |
| 156870 | 156881 |
| 156892 | 156903 |
| 156914 | 156925 |
| 156936 | 156940 |
| 156951 | 156962 |
| 156973 | 156984 |
| 157076 | 157080 |
| 157091 | 157102 |
| 157113 | 157124 |
| 157135 | 157146 |
| 157150 | 157161 |
| 157172 | 157183 |
| 157275 | 157286 |
| 157290 | 157301 |
| 157312 | 157323 |

|        |        |
|--------|--------|
| 157334 | 157345 |
| 157356 | 157360 |
| 157371 | 157382 |
| 157393 | 157404 |
| 157415 | 157426 |
| 157430 | 157441 |
| 157452 | 157463 |
| 157474 | 157485 |
| 157791 | 157802 |
| 157813 | 157824 |
| 157835 | 157846 |
| 157850 | 157861 |
| 157872 | 157883 |
| 158056 | 158060 |
| 158071 | 158082 |
| 158093 | 158104 |
| 158115 | 158126 |
| 158233 | 158244 |
| 158314 | 158325 |
| 158373 | 158384 |
| 158395 | 158406 |
| 173913 | 173924 |
| 173935 | 173946 |
| 173950 | 173961 |
| 173972 | 173983 |
| 173994 | 174005 |
| 180014 | 180025 |
| 180036 | 180040 |
| 180051 | 180062 |
| 180073 | 180084 |
| 180095 | 180106 |
| 180110 | 180121 |
| 180132 | 180143 |
| 180154 | 180165 |

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

#### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

#### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

#### **3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

#### **4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

#### **5. Règles d'attestation**

##### **5.1. Règles de non-cumul**

Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

##### **5.2. Autres règles**

Pas d'application

##### **5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

#### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

#### **7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de consommation pour la réalisation d'une dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 172314-172325 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

**1.1.** L'établissement hospitalier dispose d'un centre de dialyse agréé par l'autorité compétente ainsi que d'un centre de transplantation agréé comme service médical conformément aux dispositions de l'AR du 23/06/2003 fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux.

**1.2.** La dialyse hépatique ne peut être effectuée que dans un hôpital universitaire ayant une expertise dans ce domaine.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172314-172325 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire est atteint de troubles hépatiques sévères compliqués appartenant à l'une des catégories suivantes :

a) Acute-on-chronic liver failure (ACLF) grade  $\geq 2$  selon le score CLIF-C ACLF

ET

le bénéficiaire répond aux critères pour une transplantation et se trouve sur la liste d'attente pour une transplantation hépatique.

b) "Primary non-function" après transplantation hépatique

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172314-172325 ne peut être accordée qu'une seule fois par session de dialyse hépatique.

### 6. Résultats et statistiques

La Commission peut, à tout moment, demander à « Belgian Liver & Intestine Advisory Committee (BeLIAC) » une évaluation avec rapport.

La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

### 7. Divers

Pas d'application.

|        |        |
|--------|--------|
| 172616 | 172620 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 172631 | 172642 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 172653 | 172664 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux cathéters pour l'ablation par radiofréquence de dysplasies d'un œsophage de Barrett, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

#### 1.1

L'établissement offre la prise en charge complète de l'œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade et du carcinome superficiel de l'œsophage. L'établissement hospitalier qui effectue le traitement par ablation par radiofréquence pour dysplasie de Barrett, doit également disposer d'expertise en mucosectomie.

L'établissement hospitalier dans lequel l'ablation par radiofréquence est exécutée doit disposer d'une équipe multidisciplinaire constituée d'au moins un gastro-entérologue, d'un chirurgien expérimenté en chirurgie de l'œsophage, d'un radiologue, d'un oncologue et/ou d'un gastro-entérologue ayant une formation spéciale en oncologie et d'un médecin-spécialiste en anatomopathologie; tous pouvant attester avoir acquis de l'expérience dans le diagnostic et/ou le traitement de l'œsophage de Barrett.

Pour acquérir l'expertise initiale, le gastro-entérologue doit avoir réalisé au moins trente mucosectomies par voie endoscopique sous supervision, avoir suivi une formation en ablation par radiofréquence et avoir réalisé au moins vingt ablations par radiofréquence sous supervision.

Afin de maintenir une expertise suffisante, l'établissement hospitalier dans lequel l'ablation par radiofréquence est exécuté, doit exécuter des ablations par radiofréquence chez minimum vingt bénéficiaires par période de trois ans.

L'établissement hospitalier dans lequel l'ablation par radiofréquence est exécutée doit disposer d'un endoscope à haute résolution de dernière génération et d'un appareil destiné aux résections endoscopiques et à l'ablation par radiofréquence de la dysplasie de haut grade et du carcinome superficiel de l'œsophage de Barrett.

L'établissement hospitalier dans lequel l'ablation par radiofréquence est exécutée doit enregistrer de façon prospective via le Registre du Cancer tous les bénéficiaires atteints d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade, en introduisant les données suivantes: indication, stade anatomopathologique, type de traitement, résultat, complications.

Une convention de collaboration peut également être établie entre des services de gastro-entérologie de plusieurs établissements hospitaliers qui ensemble satisfont aux critères. L'ablation par radiofréquence est effectuée dans un établissement de cette association.

#### 1.2. Candidature de l'établissement hospitalier

Chaque établissement hospitalier ou chaque convention de collaboration peut poser sa candidature à tout moment auprès du Service de soins de santé sur base du formulaire E-FORM-II-01 qui certifie que toutes les dispositions susmentionnées ont été

respectées.

Sur la base de ce formulaire, le Comité de l'Assurance sur proposition de la Commission dresse une liste d'établissements hospitaliers et de conventions de collaborations qui ont certifié répondre aux conditions susmentionnées.

L'établissement hospitalier où l'ablation par radiofréquence est exécutée ne satisfait plus aux conditions dès le moment où la composition de l'équipe multidisciplinaire n'est plus respectée. Dès ce constat, l'établissement hospitalier perd le droit de facturer les prestations susmentionnées jusqu'à ce que les conditions soient de nouveau satisfaites. Les modifications à la composition de l'association pendant l'année sont communiquées spontanément au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- Le bénéficiaire souffre d'un œsophage de Barrett avec dysplasie de type HGIN, suivant la classification de Vienne modifiée.

OU

- Le bénéficiaire souffre d'une muqueuse de Barrett résiduelle dans l'œsophage après traitement par mucosectomie/dissection sous-muqueuse d'un carcinome de type T1 suivant la classification de Vienne modifiée.

## 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1 Première implantation

Préalablement à tout nouveau traitement, la Consultation Oncologique Multidisciplinaire décidera de l'indication et des modalités du traitement de chaque bénéficiaire atteint de l'œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade.

Le diagnostic histologique sera établi par deux médecins-spécialistes en anatomopathologie expérimentés, dont un médecin-spécialiste fait partie de l'établissement hospitalier ou de l'association et l'autre étant médecin-spécialiste en anatomopathologie dans un autre établissement hospitalier ou dans un établissement hospitalier d'une autre association.

Les indications, l'évaluation clinique et les résultats de l'examen histologique doivent figurer dans le dossier médical du bénéficiaire.

Avant chaque séance de traitement, il convient d'apporter la preuve qu'il est question d'œsophage de Barrett. Il convient également de documenter l'étendue endoscopique ou histologique du Barrett résiduel en amont de la jonction gastro-œsophagienne. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions susmentionnées doivent être conservés

dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.2. Interventions ultérieures**

En cas d'une intervention ultérieure, la procédure décrite au point 4.1 doit être appliquée.

#### **4.3 Dérogation à la procédure**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

#### **5.2. Autres règles**

Par lésion à traiter, un maximum de cinq prestations pour ablation par radiofréquence peut être remboursé. De ces cinq prestations, la prestation 172616-172620 peut être remboursée au maximum deux fois et les 172631-172642 et 172653-172664 au maximum quatre fois, à répartir entre les deux prestations.

### **6. Résultats et statistiques**

A la demande de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ou du Conseil Technique Médical le Registre du Cancer présentera une analyse des données susmentionnées devant la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs et le Conseil Technique Médical.

### **7. Divers**

Pas d'application

180036

180040

180110

180121

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux excisions d'une tumeur du tube digestif par dissection sous-muqueuse ou par mucosectomie, par endoscopie, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative.

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 180110-180121 et 180036-180040 ne sont pas cumulables avec 180073-180084, 180095-180106, 173972-173983, 180014-180025, 173994-174005, 180154-180165, 158211-158222, 158233-158244, 158255-158266, 155470-155481, 158270-158281, 157253-157264 et 158351-158362.

**5.2. Autres règles**

Pas d'application.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application.

|        |        |
|--------|--------|
| 173913 | 173924 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 173935 | 173946 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 173950 | 173961 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 180132 | 180143 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au examen de l'ileum, section du muscle cricopharyngeus, section de la musculature de l'oesophage et du cardia et hémostase du tube digestif, par endoscopie, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

#### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

#### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

#### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

#### 4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

#### 5. Règles d'attestation

##### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 180132-180143 et 173950-173961 ne sont pas cumulable entre elles. Les prestations 180132-180143, 173913-173924 et 173935-173946 ne sont pas cumulables avec 158233-158244, 158292-158303, 156435-153446, 157076-157080 et 157113-157124. La prestation 180132-180143 n'est pas cumulable avec 173913-173924 et la prestation 173950-173961 n'est pas cumulable avec 158233-158244 et 158292-158303

##### 5.2. Autres règles

Pas d'application.

##### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

#### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

#### 7. Divers

Pas d'application.



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

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

La prestation 181392-181403 doit être prescrite par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, en chirurgie, en gériatrie, en médecine interne ou en oncologie médicale.

Les images obtenues avec la prestation 181392-181403 doivent être évaluées par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ayant une formation en endoscopie.

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

#### **2.1 Critères d'inclusion**

- Le bénéficiaire a subi au moins une coloscopie optique incomplète, non imputable à un défaut de préparation colique, et réalisée pour la détection du cancer colorectal, au cours de laquelle aucun polype n'a été détecté, ET présente une contre-indication démontrée à la coloscopie virtuelle.

ET

- L'état général du bénéficiaire doit permettre une préparation colique adéquate pour l'examen endoscopique du côlon par vidéocapsule.

ET

- Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'examen.

#### **2.2 Critères d'exclusion**

- Le bénéficiaire a une obstruction connue ou suspectée dans le tractus gastro-intestinal, des sténoses ou des fistules au vu des données cliniques ou du dossier médical ou des examens préliminaires

Ou

- Le bénéficiaire a des troubles de la déglutition

### **3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

### **4. Procédure de demande et formulaires**

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications mentionnées au point 2, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul:**

Pas d'application

#### **5.2 Autres règles**

Pas d'application

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation:**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Divers**

Pas d'application

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.1 Coeur

#### F.1.1 Stimulation cardiaque

##### F.1.1.1 Stimulateur cardiaque

###### F.1.1.1.1 Stimulateur cardiaque

Date dernière modification : 1/04/2023      Date première publication : 1/10/2015      **CHANGE**

|                                      |   |                                |                                     |        |            |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------------|--------|------------|
| <b>172395 - 172406</b>               | Premier stimulateur cardiaque implantable, y compris l'adaptateur |                                |                                     |        |            |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.a   | <b>Liste Nom.</b>              | 34901,                              | 34902, | 34903      |
| <i>Base de remboursement</i>         | 3.578,68 €  | <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>     |        | 3.578,68 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | F-§01   |                                |                                     |        |            |

Date dernière modification : 1/04/2023      Date première publication : 1/10/2015      **CHANGE**

|                                      |   |                                |                                     |        |            |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------------|--------|------------|
| <b>172410 - 172421</b>               | Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur |                                |                                     |        |            |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.a   | <b>Liste Nom.</b>              | 34901,                              | 34902, | 34903      |
| <i>Base de remboursement</i>         | 3.578,68 €  | <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>     |        | 3.578,68 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | F-§01   |                                |                                     |        |            |

Date dernière modification : 1/04/2023      Date première publication : 1/10/2015      **CHANGE**

|                                      |  |                                |                                     |        |            |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|--------|------------|
| <b>172432 - 172443</b>               | Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient |                                |                                     |        |            |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.a  | <b>Liste Nom.</b>              | 34901,                              | 34902, | 34903      |
| <i>Base de remboursement</i>         | 3.578,68 €   | <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>     |        | 3.578,68 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | F-§01  |                                |                                     |        |            |

Date dernière modification : 1/04/2023      Date première publication : 1/10/2015      **CHANGE**

|                                      |   |                                |                                     |        |            |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------------|--------|------------|
| <b>172454 - 172465</b>               | Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au dispositif |                                |                                     |        |            |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.a   | <b>Liste Nom.</b>              | 34901,                              | 34902, | 34903      |
| <i>Base de remboursement</i>         | 3.578,68 €  | <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>     |        | 3.578,68 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | F-§01   |                                |                                     |        |            |

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**182851 - 182862**

Premier stimulateur intracardiaque transcathéter implantable pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, système de placement inclus

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

34904

*Base de remboursement*

4.126,98 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.126,98 €

**Conditions de remboursement :**

F-§01

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**182873 - 182884**

Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, système de placement inclus

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

34904

*Base de remboursement*

4.126,98 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.126,98 €

**Conditions de remboursement :**

F-§01

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**182895 - 182906**

Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, système de placement inclus, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

34904

*Base de remboursement*

4.126,98 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.126,98 €

**Conditions de remboursement :**

F-§01

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**182910 - 182921**

Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, système de placement inclus, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au dispositif

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

34904

*Base de remboursement*

4.126,98 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.126,98 €

**Conditions de remboursement :**

F-§01

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**182932 - 182943**

Premier stimulateur intracardiaque transcathéter implantable pour la détection et le pacing dans le ventricule droit, ainsi que la détection auriculaire, système de placement inclus

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

34905

*Base de remboursement*

4.675,28 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.675,28 €

**Conditions de remboursement :**

F-§01

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**182954 - 182965**

Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour pacing dans le ventricule droit, ainsi que la détection auriculaire, système de placement inclus

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

34905

*Base de remboursement*

4.675,28 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.675,28 €

**Conditions de remboursement :**

F-§01

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**182976 - 182980**

Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour pacing dans le ventricule droit, ainsi que la détection auriculaire, système de placement inclus, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

34905

*Base de remboursement*

4.675,28 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.675,28 €

**Conditions de remboursement :**

F-§01

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/04/2023

**NOUVEAU**

**182991 - 183002**

Stimulateur intracardiaque transcathéter implantable de remplacement pour pacing dans le ventricule droit, ainsi que la détection auriculaire, système de placement inclus, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au dispositif

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

34905

*Base de remboursement*

4.675,28 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.675,28 €

**Conditions de remboursement :**

F-§01

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.1.1.1.4 Stimulateur de resynchronisation cardiaque

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**158594 - 158605**

Premier stimulateur de resynchronisation cardiaque, y compris l'adaptateur

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.362,20 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§01*

---

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**158616 - 158620**

Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.362,20 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§01*

---

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**158631 - 158642**

Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.362,20 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§01*

---

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**170612 - 170623**

Stimulateur de resynchronisation cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur, en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au dispositif"

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32301

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*4.362,20 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§01*

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.1.1.2 Electrode

#### F.1.1.2.1 Electrode non-temporaire

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**158653 - 158664**

Electrode endocardiale unipolaire implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 548,30 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 548,30 €

**Conditions de remboursement :** F-§01

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**158675 - 158686**

Electrode endocardiale bipolaire implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 548,30 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 548,30 €

**Conditions de remboursement :** F-§01

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**158690 - 158701**

Electrode myocardiale implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 548,30 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 548,30 €

**Conditions de remboursement :** F-§01

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**158712 - 158723**

Electrode endocardiale single-pass implantable pour la prestation 172395-172406, 172410-172421, 172454-172465, 172432-172443, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623, par électrode

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 746,60 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 746,60 €

**Conditions de remboursement :** F-§01

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**158734 - 158745**

Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée endoveineuse

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

746,60 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement 746,60 €*

**Conditions de remboursement :**

F-§01

---

Date dernière modification : 1/04/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**158756 - 158760**

Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée en position épiscopiale par voie chirurgicale avec thoracoscopie ou thoracotomie

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

247,87 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement 247,87 €*

**Conditions de remboursement :**

F-§01

---

### F.1.1.2.2 Electrode temporaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**158771 - 158782**

Cathéter(s)-électrode(s), intracavitaire(s) ou intra-oesophagien(s), pour entraînement électro-systolique temporaire du coeur

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

62,42 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement 62,42 €*

**Conditions de remboursement :**

F-§02

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**158793 - 158804**

Cathéter(s)-électrode(s), épiscopiale(s) pour entraînement électro-systolique temporaire et post-opératoire du coeur

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

22,51 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement 22,51 €*

**Conditions de remboursement :**

F-§02

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.1.1.3 Accessoires

Date dernière modification : 1/01/2023

Date première publication :  
1/01/2023

**184015 - 184026**

Enveloppe antibactérienne résorbable

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

38701

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 743,63 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 743,63 € |

**Conditions de remboursement :** F-§28

---

### F.1.2 Extraction d'une électrode

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**158815 - 158826**

Gainé laser pour l'extraction des électrodes endoveineuses

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.871,87 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /          | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.871,87 € |

**Conditions de remboursement :** F-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**158830 - 158841**

Gainé mécanique rotative pour l'extraction des électrodes endoveineuses

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.871,87 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /          | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.871,87 € |

**Conditions de remboursement :** F-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**158852 - 158863**

Gainé de dilatation passive utilisée pour l'extraction des électrodes endoveineuses

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 230,56 € | <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>     | 230,56 € |

**Conditions de remboursement :** F-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :  
1/04/2020

**180810 - 180821**

Styilet de verrouillage pour l'extraction des électrodes endoveineuses

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 603,79 € | <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 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 603,79 € |

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Conditions de remboursement : F-§03

Date dernière modification : 1/04/2020

Date première publication :  
1/04/2020

**180832 - 180843**

Système avec lasso de récupération pour l'extraction des électrodes endoveineuses par voie fémorale

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

Base de remboursement 787,32 € Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement 787,32 €

Conditions de remboursement : F-§03

### F.1.3 Examen électrophysiologique et ablation percutanée

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**158874 - 158885**

Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589492-589503 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

Base de remboursement 1.165,49 € Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement 1.165,49 €

Conditions de remboursement : F-§04

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**158896 - 158900**

Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589514-589525 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

Base de remboursement 1.770,40 € Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement 1.770,40 €

Conditions de remboursement : F-§04

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**158911 - 158922**

Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589536-589540 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

Base de remboursement 2.106,57 € Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement 2.106,57 €

Conditions de remboursement : F-§04

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**158933 - 158944**

Ensemble des cathéters et accessoires utilisés lors de la prestation 589551-589562 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2.593,77 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /          | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 2.593,77 € |

**Conditions de remboursement :** F-§04

---

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**158955 - 158966**

Cathéter supplémentaire utilisé pour un système de navigation en 3D remplaçant partiellement la fluoroscopie, lors des prestations 589536-589540 et 589551-589562 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 699,29 € | <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>     | 699,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§04

---

### F.1.4 Angioplastie coronarienne transluminale percutanée

#### F.1.4.1 Intervention coronaire percutanée sans placement de stent

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**158970 - 158981**

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée sans stent

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 755,74 € | <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>     | 755,74 € |

**Conditions de remboursement :** F-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/04/2015

**170656 - 170660**

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée sans stent avec un ou plusieurs drug eluting ballon(s)

**Catégorie de remboursement :** II.E.a **Liste Nom.** 32404

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.295,90 € | <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>     | 1.295,90 € |

**Conditions de remboursement :** F-§05

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.1.4.2 Intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs tuteur(s)

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**158992 - 159003**

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs stent(s)

|                                      |          |                                |  |
|--------------------------------------|----------|--------------------------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.a    | <b>Liste Nom.</b>              | 32401, 32402, 32403                        |
| <i>Base de remboursement</i>         | 755,74 € | <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 755,74 €</i>   |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | F-§05    |                                |  |

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**159014 - 159025**

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement exclusif d'un ou plusieurs drug eluting stent(s)

|                                      |            |                                |  |
|--------------------------------------|------------|--------------------------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.a      | <b>Liste Nom.</b>              | 32402, 32403                               |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.673,87 € | <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 1.673,87 €</i> |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | F-§05      |                                |  |

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**159036 - 159040**

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement exclusif de deux ou plusieurs drug eluting stents à l'occasion du traitement d'un multivesseldisease

|                                      |            |                                |  |
|--------------------------------------|------------|--------------------------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.a      | <b>Liste Nom.</b>              | 32402, 32403                               |
| <i>Base de remboursement</i>         | 2.797,03 € | <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> |
|                                      |            |                                | <i>Montant du remboursement 2.797,03 €</i> |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | F-§05      |                                |  |

### F.1.5 Revascularisation myocardique

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159051 - 159062**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229574 - 229585 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de l'artère mammaire

|                                      |             |                                |  |
|--------------------------------------|-------------|--------------------------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | II.D.b      |                                |  |
| <i>Base de remboursement</i>         | 717,36 €    | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%) 25,00%</i>   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i>         | /           | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€) 179,34 €</i> |
|                                      |             |                                | <i>Montant du remboursement 538,02 €</i>     |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | F-§06,F-§18 |                                |  |

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159073 - 159084**

Ensemble du matériel de consommation et des implants utilisés lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte lors de la prestation 229633-229644 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 307,01 € | <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>     | 307,01 € |

**Conditions de remboursement :** F-§07

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159095 - 159106**

Système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG, utilisé lors de la prestation 229633-229644 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 204,67 € | <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>     | 204,67 € |

**Conditions de remboursement :** F-§08

### F.1.6 Valve cardiaque

#### F.1.6.1 Placement d'une valve artificielle

##### F.1.6.1.1 Valve mécanique

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**159132 - 159143**

Valve mécanique à double ailette, implantée en position aortique

**Catégorie de remboursement :** I.A.a **Liste Nom.** 32502

|                              |                   |                                |                                     |                   |
|------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| <i>Base de remboursement</i> | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>          | 2.687,98 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                              |                   |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** F-§09

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**159154 - 159165**

Valve mécanique à double ailette avec greffon, implantée en position aortique

**Catégorie de remboursement :** I.A.a **Liste Nom.** 32503

|                              |                   |                                |                                     |                   |
|------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| <i>Base de remboursement</i> | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>          | 3.053,04 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                              |                   |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** F-§09

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/10/2021

**CHANGE**

**181775 - 181786**

Valve mécanique à double ailette, implantée en position mitrale

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32511

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

2.687,98 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

F-§09

---

### F.1.6.1.2 Valve biologique

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**159176 - 159180**

Valve biologique à feuillets d'origine porcine, implantée en position aortique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32504

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

2.591,98 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

F-§09

---

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**159191 - 159202**

Valve biologique à feuillets à base de péricarde animal, implantée en position aortique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32505

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

2.755,17 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

F-§09

---

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**159213 - 159224**

Valve biologique à feuillets d'origine animale sans stent, implantée en position aortique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32506

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

2.829,59 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

F-§09

---

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**170634 - 170645**

Valve placée chirurgicalement par aortotomie en position aortique avec système pour placement rapide, y compris le système de placement et tous les accessoires

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32510

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

3.053,04 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

F-§09

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/10/2021

**CHANGE**

**181790 - 181801**

Valve biologique à feuillets d'origine porcine, implantée en position mitrale

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32512

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*2.591,98 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§09*

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/10/2021

**CHANGE**

**181812 - 181823**

Valve biologique à feuillets à base de péricarde animal, implantée en position mitrale

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32513

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*2.755,17 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§09*

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/10/2021

**CHANGE**

**181871 - 181882**

Valve biologique à feuillets d'origine animale sans stent, implantée en position pulmonaire

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32516

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*2.829,59 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§09*

### F.1.6.1.3 Biological valved conduits

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**159235 - 159246**

Valve biologique avec greffon synthétique (conduit), implantée en position pulmonaire

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32507

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*3.053,04 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§09*

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**159250 - 159261**

Valve biologique avec greffon biologique (conduit), implantée en position aortique

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32508

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*3.033,07 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§09*

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/10/2021

**CHANGE**

**181834 - 181845**

Valve biologique avec greffon biologique (conduit), implantée en position pulmonaire

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32514

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*3.033,07 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§09*

---

### F.1.6.1.4 Système d'annuloplastie

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**159272 - 159283**

Système d'annuloplastie implanté en position mitrale

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32509

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.091,44 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§09*

---

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/10/2021

**CHANGE**

**181856 - 181860**

Système d'annuloplastie implanté en position tricuspide

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32515

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.091,44 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*F-§09*

---

### F.1.6.1.5 Stent valvulaire implantable par voie percutanée

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**172955 - 172966**

Stent valvulaire percutané implantable avec système de placement placé en position pulmonaire

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

35801

*Base de remboursement*

*15.828,39 €*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

*/*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*15.828,39 €*

**Conditions de remboursement :**

*F-§24*

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**172970 - 172981**

Ensemble des tuteurs couverts ou non et du matériel pour la préparation du placement d'un stent valvulaire percutané implantable placé en position pulmonaire, à l'exclusion du stent valvulaire percutané implantable avec système de placement

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2.559,08 € | <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 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 2.559,08 € |

**Conditions de remboursement :** F-§24

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2016

**172992 - 173003**

Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire, à l'exclusion du stent valvulaire percutané implantable avec système de placement

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 878,47 € | <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>     | 878,47 € |

**Conditions de remboursement :** F-§24

---

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**172734 - 172745**

Stent valvulaire percutané implantable en position aortique avec système de placement

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.** 35601

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 9.549,00 € | <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>     | 9.549,00 € |

**Conditions de remboursement :** F-§09

---

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**172756 - 172760**

Stent valvulaire percutané implantable en position aortique avec système de placement, après dépassement du nombre annuel de prestations 172734-172745 accordées

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.** 35602

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2.971,50 € | <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>     | 2.971,50 € |

**Conditions de remboursement :** F-§09

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/08/2016

**CHANGE**

**172771 - 172782**

Accessoires d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 2.269,10 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 2.269,10 €

**Conditions de remboursement :** F-§09

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/05/2023

**NOUVEAU**

**181952 - 181963**

Stent valvulaire percutané implantable en position aortique avec système de placement, lorsqu'il n'est pas satisfait aux critères concernant le bénéficiaire pour les prestations 172734-172745 et 172756-172760

**Catégorie de remboursement :** I.E.a **Liste Nom.** 35603

*Base de remboursement* 2.971,50 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 2.971,50 €

**Conditions de remboursement :** F-§09

### F.1.6.1.6 Autres dispositifs lors du placement d'une valve artificielle ou d'un système d'annuloplastie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/03/2018

**183013 - 183024**

Ensemble des clips et le système de placement utilisé pour la suture automatisée d'une valve cardiaque ou un système d'annuloplastie lors d'une chirurgie mini-invasive

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 297,86 € *Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 297,86 €

### F.1.6.1.7 Divers

Date dernière modification : 1/05/2023

Date première publication :  
1/10/2021

**CHANGE**

**181893 - 181904**

Valve artificielle ou système d'annuloplastie pour lequel une dérogation a été obtenue pour une utilisation hors marquage CE

**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-§09

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.1.6.2 Dilatation en cas d'une plastie valvulaire endoluminale

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**159294 - 159305**

Utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale lors de la prestation 589190 - 589201 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.F.a

*Base de remboursement* CMD *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* CMD

**Conditions de remboursement :** F-§10

---

### F.1.6.3 Traitement endovasculaire d'une valve

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/03/2016

**172491 - 172502**

Un ou plusieurs implants et accessoires pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales pour les patients présentant une régurgitation symptomatique sévère de la valve mitrale avec un risque chirurgical élevé ou une contre-indication chirurgicale

**Catégorie de remboursement :** I.G.a **Liste Nom.** 35201

*Base de remboursement* 11.886,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 11.886,00 €

**Conditions de remboursement :** F-§19

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/03/2016

**172513 - 172524**

172513-172524 Un ou plusieurs implants et accessoires pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales pour les patients présentant une régurgitation symptomatique sévère de la valve mitrale avec un risque chirurgical élevé ou une contre-indication chirurgicale, après le dépassement du nombre annuel des prestations 172491-172502 accordées

**Catégorie de remboursement :** I.G.a **Liste Nom.** 35202

*Base de remboursement* 0,99 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 0,99 €

**Conditions de remboursement :** F-§19

---

### F.1.7 Assistance cardiaque

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159316 - 159320**

Dispositif d'assistance ventriculaire temporaire utilisant le principe de la contrepulsion aortique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 1.330,35 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.330,35 €

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/12/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159331 - 159342**

Pièces à usage unique d'une pompe utilisée pour un soutien univentriculaire temporaire de la fonction cardiaque déficiente

**Catégorie de remboursement :** II.F.a

*Base de remboursement* CMD *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* CMD

**Conditions de remboursement :** F-§11

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/04/2018

**180331 - 180342**

Matériel d'assistance univentriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel

**Catégorie de remboursement :** I.A.a **Liste Nom.** 36801

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

*Prix plafond* 25.694,20 € *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* Liste Nom.

**Conditions de remboursement :** F-§25

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/04/2018

**180353 - 180364**

Matériel d'assistance biventriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel

**Catégorie de remboursement :** I.A.a **Liste Nom.** 36802

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

*Prix plafond* 46.129,73 € *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* Liste Nom.

**Conditions de remboursement :** F-§25

---

Date dernière modification : 26/04/2022

Date première publication :  
1/04/2018

**180375 - 180386**

Matériel d'assistance ventriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type implantable

**Catégorie de remboursement :** I.A.a **Liste Nom.** 36803

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

*Prix plafond* 66.469,06 € *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* Liste Nom.

**Conditions de remboursement :** F-§25

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/04/2018

**180390 - 180401**

Renouvellement de l'ensemble du matériel d'assistance univentriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 36801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

25.694,20 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** F-§25

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/04/2018

**180412 - 180423**

Renouvellement de l'ensemble du matériel d'assistance biventriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 36802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

46.129,73 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** F-§25

---

Date dernière modification : 26/04/2022

Date première publication :  
1/04/2018

**180434 - 180445**

Renouvellement de l'ensemble du matériel d'assistance ventriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type implantable

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 36803

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond*

66.469,06 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** F-§25

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/04/2018

**180456 -**

Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » pour un bénéficiaire ambulatoire durant la première année de son assistance

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

957,81 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 0,00 €*

*Montant du remboursement 957,81 €*

**Conditions de remboursement :** F-§25

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/04/2018

**180471 -**

Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » pour un bénéficiaire ambulatoire après la première année de son assistance

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 495,25 € | <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>     | 495,25 € |

**Conditions de remboursement :** F-§25

---

Date dernière modification : 26/04/2022

Date première publication :  
26/04/2022

**181473 - 181484**

Matériel d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé pour une primo-implantation en cas de « destination therapy

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 36803

|                              |                   |                                |                                     |                   |
|------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| <i>Base de remboursement</i> | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>          | 66.469,06 €       | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                              |                   |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** F-§27

---

Date dernière modification : 26/04/2022

Date première publication :  
26/04/2022

**181554 - 181565**

Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé en cas de « destination therapy

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 36803

|                              |                   |                                |                                     |                   |
|------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| <i>Base de remboursement</i> | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%             |
| <i>Prix plafond</i>          | 66.469,06 €       | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €            |
|                              |                   |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | <i>Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** F-§27

---

Date dernière modification : 26/04/2022

Date première publication :  
26/04/2022

**183610 -**

Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire en cas de « destination therapy » pour un bénéficiaire ambulatoire durant la première année de son assistance

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 957,81 € | <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>     | 957,81 € |

**Conditions de remboursement :** F-§27

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 26/04/2022

Date première publication :  
26/04/2022

**183632 -** Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire en cas de « destination therapy » pour un bénéficiaire ambulatoire après la première année de son assistance

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 495,25 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 495,25 €

**Conditions de remboursement :** F-§27

---

### F.1.8 Substitution du péricarde

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159353 - 159364** Patch pour une utilisation comme substitut péricardique en chirurgie cardiaque jusqu'au dix-huitième anniversaire et lors de la réintervention après le dix-huitième anniversaire

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 446,18 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 446,18 €

**Conditions de remboursement :** F-§12

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159375 - 159386** Patch pour une utilisation comme substitut péricardique après le placement de 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 ou 180434-180445

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 594,90 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 594,90 €

**Conditions de remboursement :** F-§12

---

### F.1.9 Fermeture du canal artériel, du foramen oval, du défaut du septum auriculaire ou du septum ventriculaire et des autres malformations congénitales ou non-congénitales

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159390 - 159401** Ensemble du matériel implantable utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture de la communication entre l'aorte et les artères pulmonaires ou du canal artériel dont le diamètre est inférieur à 4 mm. Le diamètre du défaut doit être mesuré de manière objectivable

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

*Base de remboursement* 604,82 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 604,82 €

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159412 - 159423**

Ensemble du matériel implantable utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du canal artériel dont le diamètre égale ou excède 4 mm. Le diamètre du défaut doit être mesuré de manière objectivable

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2.176,36 € | <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>     | 2.176,36 € |

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159434 - 159445**

Ensemble du matériel implantable, y compris le sizing balloon, utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du défaut du septum auriculaire ou du septum ventriculaire, responsable d'un shunt gauche-droit, et démontré par un rapport du débit pulmonaire sur débit systémique qui s'élève au minimum à 1,5

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 4.788,97 € | <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>     | 4.788,97 € |

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159456 - 159460**

Ensemble du matériel implantable, y compris le sizing balloon, utilisé lors de la prestation 589455 - 589466 de la nomenclature pour la fermeture du foramen oval après embolie paradoxale

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 4.788,97 € | <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>     | 4.788,97 € |

**Conditions de remboursement :** F-§14

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**159471 - 159482**

Utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion, d'implants et d'accessoires, à l'occasion de la prestation 589455-589466 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

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

**Conditions de remboursement :** F-§13

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159493 - 159504**

Patch intracavitaire pour le traitement de malformations lors d'une chirurgie cardiaque

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 228,04 € | <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>     | 228,04 € |

---

Date dernière modification : 1/12/2022

Date première publication :  
1/01/2017

**180272 - 180283**

Un ou plusieurs implant(s) pour la fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire, y compris le système de placement

**Catégorie de remboursement :** I.C.a **Liste Nom.** 38601

|                              |            |                              |        |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 4.650,00 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 4.650,00 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 4.650,00 € |

**Conditions de remboursement :** F-§23

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2021

**181915 - 181926**

Un ou plusieurs implants pour l'occlusion de l'auricule gauche par chirurgie ouverte en cas de fibrillation auriculaire, y compris le système de placement

**Catégorie de remboursement :** I.C.a **Liste Nom.** 38301

|                              |          |                              |        |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 750,00 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 750,00 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 750,00 € |

**Conditions de remboursement :** F-§26

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2021

**181930 - 181941**

Un ou plusieurs implants pour l'occlusion de l'auricule gauche par voie mini-invasive en cas de fibrillation auriculaire, y compris le système de placement

**Catégorie de remboursement :** I.E.a **Liste Nom.** 38401

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.050,00 € | <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>     | 1.050,00 € |

**Conditions de remboursement :** F-§26

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.1.10 Moyens diagnostiques en cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159515 - 159526**

Cathéter à thermodilution pour mesure manuelle du débit cardiaque, y compris tous les accessoires pour la mesure (comme inline sensor, kit de calibration, co-set)

**Catégorie de remboursement :**

II.E.a

**Liste Nom.**

32601

*Base de remboursement*

105,41 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

105,41 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159530 - 159541**

Cathéter à thermodilution pour mesure continue du débit cardiaque, avec mesure éventuelle de la saturation veineuse et/ou du volume télédiastolique, y compris tous les accessoires pour la mesure

**Catégorie de remboursement :**

II.E.a

**Liste Nom.**

32602

*Base de remboursement*

153,50 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

153,50 €

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**159552 - 159563**

Ensemble du matériel nécessaire à la mesure d'une fraction flow reserve coronaire au moyen d'une mesure de pression ou de flux

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

346,91 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

346,91 €

**Conditions de remboursement :** F-§05

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159574 - 159585**

Cathéter à biopsie à l'occasion de la prestation 476652 - 476663 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

614,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

614,00 €

**Conditions de remboursement :** F-§15

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159596 - 159600**

Dispositif pour déterminer le volume désiré du ventricule gauche à l'occasion du remodelage opératif du ventricule gauche lors de la prestation 229014-229025, 229515-229526, 229530-229541, 229574-229585, 229596-229600 ou 229611-229622 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 997,43 € | <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>     | 997,43 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/03/2016

**172572 - 172583**

Moniteur cardiaque implantable y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.** 35401

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2.122,65 € | <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 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 2.122,65 € |

**Conditions de remboursement :** F-§21

### F.1.11 Autres disponibles lors d'une intervention sur le coeur

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159611 - 159622**

Set disponible de cardiotorie 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> | 939,43 € | <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>     | 939,43 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159633 - 159644**

Set disponible de cardiotorie 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> | 1.238,24 € | <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>     | 1.238,24 € |

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159655 - 159666**

Système de stabilisation du tissu myocardique utilisé lors des prestations 229014 - 229025, 229515 - 229526, 229574 - 229585 et 229633 - 229644 de la nomenclature, quel que soit le nombre de composants

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 921,01 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 921,01 €

**Conditions de remboursement :** F-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159670 - 159681**

Canule artérielle avec ballon endovasculaire d'occlusion, quel que soit le nombre de composants

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 2.278,15 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 2.278,15 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**159692 - 159703**

Drainage veineux avec vidage sélectif de l'artère pulmonaire et du sinus coronaire, quel que soit le nombre de composants

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

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

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

*Montant du remboursement* 1.089,55 €

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/03/2016

**172594 - 172605**

Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.980,80 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.980,80 €

**Conditions de remboursement :** F-§20

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.2 Poumon - médiastine - plèvre

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159714 - 159725**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227194 - 227205 de la nomenclature avec section des bronches, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 277,33 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 69,33 €

*Montant du remboursement* 208,00 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159736 - 159740**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227570-227581 de la nomenclature par voie endoscopique, lors d'une réduction unilatérale du volume pulmonaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 2.032,36 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 508,09 €

*Montant du remboursement* 1.524,27 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159751 - 159762**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227570-227581 de la nomenclature, en chirurgie ouverte, lors d'une réduction unilatérale du volume pulmonaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 2.032,36 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 508,09 €

*Montant du remboursement* 1.524,27 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159773 - 159784**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227334 - 227345 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 116,66 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 29,16 €

*Montant du remboursement* 87,50 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159795 - 159806**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227393-227404 de la nomenclature en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 215,93 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 53,98 €

*Montant du remboursement* 161,95 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159810 - 159821**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228115 - 228126 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 611,96 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 152,99 €

*Montant du remboursement* 458,97 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159832 - 159843**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228115 - 228126, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 383,75 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 95,93 €

*Montant du remboursement* 287,82 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159854 - 159865**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227533 - 227544 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 861,66 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 215,41 €

*Montant du remboursement* 646,25 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159876 - 159880**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227216 – 227220, 227253 – 227264, 227275 - 227286 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.783,68 € | <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> | 445,92 €   |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.337,76 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159891 - 159902**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227216 – 227220, 227253 – 227264, 227275 - 227286 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |            |                                |                                     |          |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.242,33 € | <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> | 310,58 € |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 931,75 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

### F.3 Poumon et coeur

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159913 - 159924**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable pour le placement d'un système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO) avec une membrane de diffusion, pour ventilation de longue durée et assistance circulatoire quel que soit la voie d'accès, jusqu'au deuxième anniversaire

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.432,68 € | <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>     | 1.432,68 € |

**Conditions de remboursement :** F-§16

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159935 - 159946**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable pour le placement d'un système d'oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO) avec une membrane de diffusion, pour ventilation de longue durée et assistance circulatoire quel que soit la voie d'accès, à partir du deuxième anniversaire

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.023,34 € | <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>     | 1.023,34 € |

**Conditions de remboursement :** F-§16

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.4 Sein et ganglions lymphatiques

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159950 - 159961**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227592-227603 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159972 - 159983**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227614-227625 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**159994 - 160005**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227636-227640 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160016 - 160020**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227651-227662 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160031 - 160042**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227673-227684 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160053 - 160064**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227695-227706 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160075 - 160086**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227710-227721 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 161,69 € | <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> | 40,42 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 121,27 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160090 - 160101**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227732-227743 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 94,15 € | <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> | 23,53 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 70,62 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160112 - 160123**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227754-227765 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 94,15 € | <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> | 23,53 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 70,62 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160134 - 160145**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227776-227780 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160156 - 160160**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227791-227802 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160171 - 160182**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227813-227824 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 161,69 € | <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> | 40,42 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 121,27 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160193 - 160204**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227835-227846 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160215 - 160226**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227850-227861 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 94,15 € | <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> | 23,53 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 70,62 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160230 - 160241**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227872-227883 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 94,15 € | <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> | 23,53 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 70,62 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160252 - 160263**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227894-227905 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 104,38 € | <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> | 26,09 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 78,29 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160274 - 160285**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 226936-226940 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 161,69 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 161,69 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160296 - 160300**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 226914-226925 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 161,69 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 161,69 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

### F.5 Thorax et paroi thoracique: divers

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160311 - 160322**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227452 - 227463 de la nomenclature sans section des bronches, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 311,10 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 77,77 €

*Montant du remboursement* 233,33 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160333 - 160344**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 227452 - 227463 de la nomenclature sans section des bronches, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 311,10 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 77,77 €

*Montant du remboursement* 233,33 €

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160355 - 160366**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228196 - 228200 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 332,59 € | <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> | 83,14 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 249,45 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**160370 - 160381**

Système de drainage thoracique (péricarde, plèvre, médiastin) continu et réglable

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 56,28 € | <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>     | 56,28 € |

**Conditions de remboursement :** F-§17

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160392 - 160403**

Ensemble des implants d'ostéosynthèse utilisés lors de la fermeture sternale primaire après une sternotomie, au cas où le cerclage n'est pas une option, y compris l'ensemble des éléments de fixation

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 719,84 € | <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>     | 719,84 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160414 - 160425**

Patch pour réparation d'un défaut de la paroi thoracique sans contact avec l'organe

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,72 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 148,72 € |

---

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160436 - 160440**

Patch pour réparation d'un défaut de la paroi thoracique et conçu pour le placement intrathoracique en contact avec l'organe et/ou pour réparation du diaphragme à l'exception d'une hernie hiatale

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 743,63 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 743,63 € |

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182350 - 182361**

Plaque d'ostéosynthèse jusqu'à huit trous y compris, pour traiter un cal vicieux ou une pseudarthrose du sternum

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 184,91 € | <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>     | 184,91 € |

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182372 - 182383**

Plaque d'osteosynthèse de plus de huit trous, pour traiter un cal vicieux ou une pseudarthrose du sternum

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 364,38 € | <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>     | 364,38 € |

### F.6 Divers

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160451 - 160462**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257235 - 257246 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 538,28 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 25,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 134,57 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 403,71 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**160473 - 160484**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 257235 - 257246 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 121,78 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 25,00%  |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 30,44 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 91,34 € |

**Conditions de remboursement :** F-§18

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160495 - 160506**

Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

---

# Conditions de remboursement

F-§01

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 158594 | 158605 |
| 158616 | 158620 |
| 158631 | 158642 |
| 158653 | 158664 |
| 158675 | 158686 |
| 158690 | 158701 |
| 158712 | 158723 |
| 158734 | 158745 |
| 158756 | 158760 |
| 170612 | 170623 |
| 172395 | 172406 |
| 172410 | 172421 |
| 172432 | 172443 |
| 172454 | 172465 |
| 182851 | 182862 |
| 182873 | 182884 |
| 182895 | 182906 |
| 182910 | 182921 |
| 182932 | 182943 |
| 182954 | 182965 |
| 182976 | 182980 |
| 182991 | 183002 |

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 éventuels électrodes et accessoires implantables, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158734-158745, 158756-158760, 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

**1.1.** Pour les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701 et 158712-158723:

L'établissement hospitalier dispose d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque» P tel que fixé par l'autorité compétente.

**1.2.** Pour les prestations 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158734-158745 et 158756-158760:

L'établissement hospitalier dispose d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque» E tel que fixé par l'autorité compétente.

**1.3.** Pour les prestations 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 :

L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour les programmes de soins « pathologie cardiaque » B et E tels que fixés par l'autorité compétente.

**1.4.** Pour les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158734-158745, 158756 - 158760, 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 :

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 concernant les indications, leur incidence ainsi que les implants utilisés.

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application.

## **3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002 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**

Un stimulateur intracardiaque transcathéter implantable pour pacing dans le ventricule droit ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA

- soit avoir démontré dans une étude clinique prospective ou registre prospectif publié dans une revue « peer reviewed » reconnue internationalement portant sur au moins 500 patients avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables au stimulateur cardiaque conventionnel avec électrodes en termes de sécurité et d'efficacité.

### **3.3. Conditions de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 et 182991-183002, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- huit ans : six ans de garantie totale à 100 % suivis de deux ans de garantie au prorata des deux dernières années.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 et 170612-170623 le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- six ans : quatre ans de garantie totale à 100 % suivis de deux ans de garantie au prorata des deux dernières années.

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation**

Les prestations 172395-172406, 158594-158605, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158734-158745, 158756-158760, 182851-182862 et 182932-182943 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le formulaire d'enregistrement F-Form-I-01 a été complété valablement via l'application en ligne, endéans les nonante jours après implantation.

Le mode d'emploi reprenant la manière dont ces données sont enregistrées et validées ainsi que la façon selon laquelle elles sont transmises à la Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) et à la Commission, est établi par la Commission et le Service des Soins de Santé.

Le bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 ou 182991-183002 doit être suivi trois mois après l'implantation et ensuite au moins une fois par an.

Les données du suivi du traitement du bénéficiaire tel que reprises dans le formulaire F-Form-I-16 doivent être complétées via l'application en ligne trois mois après l'implantation, puis annuellement, jusqu'au décès du bénéficiaire ou jusqu'à l'éventuelle levée de cet enregistrement comme condition de remboursement.

Une copie de l'électrocardiogramme ainsi qu'un rapport médical circonstancié motivant le choix du type de stimulateur cardiaque ou de stimulateur de resynchronisation cardiaque pour la première implantation d'un stimulateur cardiaque ainsi que l'avis contraignant par écrit et la pose d'indication, par un électrophysiologue d'un établissement hospitalier disposant d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » E sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

## **4.2. Remplacement**

Pour les prestations 172410-172421, 158616-158620, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723, 158734-158745, 158756-158760, 182873-182884 et 182954-182965 la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

En cas de remplacement d'un stimulateur cardiaque, la raison du remplacement ainsi que les données sur l'état de la batterie au moment de la décision du remplacement du stimulateur cardiaque doivent être conservées dans le dossier médical du bénéficiaire.

## **4.3. Remplacement anticipé**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172432-172443 ou 172454-172465 ou 158631-158642 ou 170612-170623 ou 182895-182906 ou 182910-182921 ou 182976-182980 ou 182991-183002 pour un remplacement anticipé peut être accordée selon les modalités prévues au point 4.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

Par dérogation aux dispositions du point 5.1., une intervention de l'assurance obligatoire pour un remplacement anticipé du stimulateur cardiaque ou du stimulateur de resynchronisation cardiaque peut être accordée sur la base du formulaire d'enregistrement F-Form-I-01 complété valablement via l'application en ligne endéans les nonante jours après implantation. En outre un rapport médical circonstancié mentionnant l'indication absolue pour un remplacement prématuré est conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.

Pendant la période de garantie et en cas de dysfonctionnement qui n'est pas lié à la pathologie du bénéficiaire ou à l'évolution de sa situation médicale, le distributeur est obligé d'appliquer les conditions de garantie et de fournir une note de crédit, quel que soit le distributeur qui fournit le stimulateur cardiaque ou le stimulateur de resynchronisation cardiaque remplaçant.

## **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 172410-172421, 158616-158620, 182873-182884 et 182954-182965 ne peuvent être accordées que huit ans après l'implantation d'un premier stimulateur cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque de remplacement ou six 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 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443, 172454-172465, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623 à condition que l'électrode attestée soit connectée à un stimulateur déjà placé de manière à obtenir un appareil fonctionnel.

Les prestations 158734-158745 et 158756-158760 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire si elles ne sont pas attestées simultanément aux prestations 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642 ou 170612-170623 à condition que l'électrode attestée soit connectée à un stimulateur déjà placé de manière à obtenir ainsi un appareil fonctionnel.

Les prestations pour les électrodes 158734-158745 et 158756-158760 peuvent également faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire si les électrodes sont connectées sur un stimulateur repris sur la liste nominative et attesté sous une des prestations 172395-172406, 172410-172421, 172432-172443 ou 172454-172465 de manière à obtenir ainsi un appareil fonctionnel.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

La BeHRA fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission. Une analyse peer reviewed, sur base des données collectées peut, de plus, être demandée par la Commission.

Pour le 1er avril 2025 (en vigueur + 2 ans) au plus tard, un rapport de la BeHRA analysera les données collectées pour les

stimulateurs intracardiaques transcathéters implantables pour pacing dans le ventricule droit et doit contenir au moins les éléments suivants:

- Analyse de l'efficacité et de la sécurité du dispositif
- Comparaison des indications avec stimulateurs cardiaques conventionnels avec électrodes
- Analyse des effets secondaires et complications
- État des lieux sur l'explantation et sur l'implantation d'éventuels autres stimulateurs cardiaques
- Analyse des nouvelles alternatives
- Analyse du taux de suivi par hôpital
- Comparaison des données belges avec données internationales récentes

## **7. Traitement des données**

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement F-§01 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 4.1., 4.2. et 4.3. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 2°, 3° et 4° de la loi.

Le traitement des données personnelles est effectué tel que mentionné à l'art. 35 septies/10, 1° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 1°, 3° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35septies/12, 1° et 2° de la loi ont accès aux données à caractère personnel pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

## **8. Divers**

Pas d'application.

158771 158782

158793 158804

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux cathéter(s)-électrode (s) pour entraînement électro-systolique temporaire du cœur, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Les prestations 158771-158782 et 158793-158804 ne peuvent être attestées qu'une fois par intervention. L'intervention de l'assurance obligatoire pour ces prestations vaut pour une même période continue d'entraînement électro-systolique du cœur.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 158815 | 158826 |
| 158830 | 158841 |
| 158852 | 158863 |
| 180810 | 180821 |
| 180832 | 180843 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel d'extraction pour des électrodes endoveineuses, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 158815-158826, 158830-158841, 158852-158863, 180810-180821 et 180832-180843 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :

L'établissement hospitalier dispose de l'agrément complet pour le programme de soins « Pathologie Cardiaque B », accordé par l'autorité compétente.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 180832-180843 ne peut pas être cumulée avec les prestations 174333-174344 et 174355-174366.

#### 5.2. Autres règles

Les prestations 158815-158826, 158830-158841, 158852-158863, 180810-180821 et 180832-180843 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors des prestations 229655-229666 ou 589433-589444 de la nomenclature.

Les prestations 158815-158826, 158830-158841, 158852-158863 et 180832-180843 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par intervention.

#### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

### 7. Divers

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 158874 | 158885 |
| 158896 | 158900 |
| 158911 | 158922 |
| 158933 | 158944 |
| 158955 | 158966 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble des cathéters et accessoires utilisés pour des examens électrophysiologiques et ablation percutanée, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944 et 158955-158966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

L'établissement hospitalier dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme de soins "pathologie cardiaque" E.

Pour la prestation 158933-158944, l'établissement hospitalier dispose également du programme partiel B3 du programme de soins "pathologie cardiaque" B.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première utilisation

Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944 et 158955-158966 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après que le formulaire d'enregistrement F-form-I-02 ait été transmis par le médecin-spécialiste à la "Belgian Heart Rythm Association" (BeHRA) pour peer-review. Les modalités selon lesquelles ces données sont transmises à la BeHRA sont établies par la BeHRA, la Commission et le Service des Soins de Santé.

Les documents qui démontrent la nature de l'ablation, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### 4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

#### 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

#### 4.4 Dérogation à la procédure

Pas d'application

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922 et 158933-158944 ne sont pas cumulables entre elles.

#### 5.2. Autres règles

Pas d'application

#### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

### 6. Résultats et statistiques

La BeHRA fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission. Une analyse peer reviewed, sur base des données collectées peut, de plus, être demandée par la Commission.

### 7. Divers

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 158970 | 158981 |
| 158992 | 159003 |
| 159014 | 159025 |
| 159036 | 159040 |
| 159552 | 159563 |
| 170656 | 170660 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux stents coronaires et aux dilatations coronaires et/ou le matériel nécessaire à la mesure d'une fraction flow reserve coronaire au moyen d'une mesure de pression de flux, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

Les prestations doivent être effectuées dans une institution de soins qui dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour les programmes partiels B1 et B2 du programme de soins "pathologie cardiaque".

L'établissement hospitalier doit se faire connaître auprès du Service des Soins de Santé sur base du formulaire F-Form-II-02. Chaque établissement hospitalier communique également via ce formulaire le nom du médecin spécialiste en cardiologie qui a été désigné comme responsable pour la cardiologie interventionnelle (et son remplaçant en cas d'absence). Par établissement hospitalier, un seul médecin spécialiste en cardiologie peut être désigné comme responsable pour la cardiologie interventionnelle.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 159036-159040 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si au minimum deux vaisseaux sanguins sont traités durant une seule et même hospitalisation; à savoir : l'artère coronaire droite (segments d'artère coronaire n° 1 à 4 inclus) et/ou le tronc principal (segment d'artère coronaire n° 5) et/ou l'artère coronaire gauche (segments d'artères coronaires n° 6 à 10 inclus) et/ou l'artère circonflexe (segments d'artère coronaire n° 11 à 15 inclus) et/ou greffe de la veine saphène ou greffes artérielles (mammaria).

La prestation 170656-170660 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'en cas de instent-resténose.

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040 et 170656-170660 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

#### 3.1. Définition

Pas d'application.

#### 3.2. Critères

3.2.1. Un drug eluting stent non-résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative).
- soit disposer d'une étude randomisée publiée démontrant la non infériorité ou supériorité par rapport à un DES inscrit sur la liste nominative et ayant démontré son efficacité par plusieurs études multicentriques internationales.

Les références de ces études multicentriques doivent être fournies dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative.

De plus, cette étude doit montrer un total MACE inférieur ou égale à 15% à douze mois et une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois.

c) 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.

**3.2.2.** Un drug eluting stent résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

- pour une inscription temporaire (pour une période maximum de cinq ans) : satisfaire aux critères tels que décrits pour le drug eluting stent non-résorbable tels que visés au point 3.2.1.

- pour une inscription définitive : une étude clinique publiée dans une revue «peer reviewed» avec minimum cent patients et un follow-up de cinq ans démontrant une mortalité cardiaque <5% à soixante mois, un total MACE <= 15% à soixante mois ainsi qu'une thrombose du stent ≤ 3,2% à soixante mois, est nécessaire

**3.2.3.** Un drug eluting ballon ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA via un "premarket approval" (PMA) (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative).

- soit le distributeur doit présenter un des éléments suivants:

a) une étude randomisée publiée avec une puissance statistique déterminée a priori d'au moins 80% démontrant la non infériorité par rapport à un drug-eluting stent ou drug-eluting ballon inscrit sur la liste nominative. Cette non infériorité doit être démontrée pour un paramètre avec une pertinence clinique, ou un paramètre de substitution accepté en général, et dans la population cible avec restenose « in-stent ».

De plus, cette étude doit démontrer un total MACE inférieur ou égal à 20% à douze mois et une thrombose de stent inférieur ou égale à 2% à douze mois.

b) Un registre dont les résultats sont publiés dans une revue «peer reviewed» reconnue internationalement avec un follow-up de douze mois et minimum 100 patients dans la population cible avec restenose « in-stent » et démontrant un total MACE <= 20% à douze mois ainsi qu'une thrombose du stent ≤ 2% à douze mois.

### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. Première implantation

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-03 ait été complété via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement et de validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à HealthData, au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », au « Belgian Interdisciplinary Working Group on Acute Cardiology » et à la Commission, sont établies par HealthData et le Service des soins de santé.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnée doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Le document de suivi (formulaire F-Form-I-14) est conservé dans le dossier médical du bénéficiaire et les données sont enregistrées dans l'application en ligne précitée selon les modalités fixées.

### 4.2. Remplacement

En cas de réintervention, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

### 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application.

### 4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application.

## 5. Règles d'attestation

### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Par séjour, seule une des prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 et 170656-170660 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

### 5.2. Autres règles

Les prestations 159014 - 159025 et 159036 - 159040 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si seuls des drug eluting stents sont utilisés.

Si une combinaison de drug eluting stents et de bare metal stents, ou uniquement un/des baremetal stent(s) est/sont utilisé(s), alors la prestation 158992 - 159003 doit être attestée.

Les prestations 158970 - 158981, 158992 - 159003, 159014 - 159025, 159036 - 159040 et 170656 - 170660 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu' à l'occasion des prestations 589013 - 589024 ou 589190-589201 de la nomenclature.

La prestation 159036 - 159040 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à l'occasion du traitement d'un multivesseldisease

- soit lors des prestations 589013-589024 et 589035-589046 de la nomenclature,

- soit lors de deux prestations 589013-589024 de la nomenclature sur des journées différentes au cours de la même période d'hospitalisation,

- soit lors des prestations 589013-589024 et 589190-589201 de la nomenclature sur des journées différentes au cours de la même période d'hospitalisation.

Le Service des soins de santé suit rigoureusement les nombres d'interventions, en particulier le nombre de cas de réintervention et l'enregistrement des données follow-up.

Une réintervention planifiée est justifiée en cas d'intervention primaire en cas d'infarctus aigue, insuffisance rénale (créatinine > 2 mg %), utilisation de contraste > 400 ml.

En ce qui concerne le pourcentage de réintervention admissible, les critères suivants sont tenus en compte (le suivi se fait par établissement hospitalier) :

- un pourcentage de réintervention jusqu'à 5 % un mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 7 % deux mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 8 % trois mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 9 % quatre mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de réintervention jusqu'à 10 % six mois après l'intervention originale est admissible.

La vérification des pourcentages prévus se fait sur une période d'un an et est réalisé au premier jour ouvrable du mois.

Ce suivi est répété trimestriellement. Pour chaque suivi, la date de début pour déterminer l'an/mois ainsi que la date à laquelle le calcul sera effectué, sont différées de trois mois.

Lorsque le Service constate qu'un établissement hospitalier dépasse le pourcentage de réintervention admissible prévu, l'établissement hospitalier en est informé.

Il est demandé de fournir une explication au Service concernant le dépassement du pourcentage de réintervention admissible, et ceci à l'intention de la Commission et du Comité d'assurance.

Le Comité d'assurance peut décider sur base de cette explication et de l'avis de la Commission que, pour cet établissement hospitalier, le matériel utilisé lors d'une réintervention n'entre plus en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire des soins de santé. L'établissement hospitalier et le pharmacien hospitalier en sont informés.

A partir de ce moment, il n'y aura plus de remboursement pour le matériel utilisé lors d'une réintervention, jusqu'au moment où l'établissement hospitalier ne dépasse plus le pourcentage.

L'établissement hospitalier en informe le Service.

Le Service vérifie si le centre ne dépasse plus le pourcentage de réintervention admissible.

Si l'établissement hospitalier ne dépasse plus le pourcentage de réintervention admissible, l'établissement hospitalier peut de nouveau entrer en ligne de compte pour un remboursement du matériel utilisé lors d'une réintervention.

Le Comité d'assurance en est informé.

En ce qui concerne la registration des données de follow-up, le pourcentage suivant est tenu en compte (le suivi se fait par établissement hospitalier) :

- un pourcentage jusqu'à 20 % des patients manquants quatorze mois après l'intervention originale est admissible

Si un établissement hospitalier dépasse le pourcentage prévu de 20 % des patients manquants, le Service peut demander au centre de fournir une explication concernant le dépassement du pourcentage de "données de follow-up manquantes", et ceci à l'intention de la Commission et du Comité d'assurance.

La prestation 159552-159563 ne peut être attestée qu'une seule fois par séjour.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

La Commission peut, en tout temps, demander au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology » une évaluation avec rapport. La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

### **7. Divers**

Pas d'application.

|        |        |
|--------|--------|
| 159051 | 159062 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 159655 | 159666 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relative au système de stabilisation du tissu myocardique il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 159655-159666 n'est pas cumulable avec les prestations 159611-159622, 159633-159644 et 159331-159342 . Selon le matériel utilisé, les prestations 159655-159666, 161770-161781 et 159051-159062 peuvent être cumulées. La prestation 161770-161781 ne peut être attestée que si, en plus des greffes artérielles (a. mamaria), des greffes veineuses (v. saphène) sont également utilisées.

**5.2. Autres règles**

Pas d'application

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'ensemble du matériel de consommation et des implants utilisés lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 159073-159084 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159611-159622, 159633-159644, 159331-159342 et 159095-159106.

**5.2. Autres règles**

La prestation 159073-159084 ne peut être attestée qu'une fois par intervention

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 159095-159106 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159611-159622, 159633-159644, 159331-159342 et 159073-159084

**5.2. Autres règles**

La prestation 159095-159106 ne peut être attestée qu'une fois par intervention.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 159132 | 159143 |
| 159154 | 159165 |
| 159176 | 159180 |
| 159191 | 159202 |
| 159213 | 159224 |
| 159235 | 159246 |
| 159250 | 159261 |
| 159272 | 159283 |
| 170634 | 170645 |
| 172734 | 172745 |
| 172756 | 172760 |
| 172771 | 172782 |
| 181775 | 181786 |
| 181790 | 181801 |
| 181812 | 181823 |
| 181834 | 181845 |
| 181856 | 181860 |
| 181871 | 181882 |
| 181893 | 181904 |
| 181952 | 181963 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à une valve artificielle ou un système d'annuloplastie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier ou une collaboration d'établissements hospitaliers, ci-après dénommée 'la collaboration', qui répond aux critères suivants:

**1.1.** L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente.

Chaque établissement hospitalier dans la collaboration dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente.

**1.2.** Dès 2023 (= année de l'entrée en vigueur) jusqu'à 2027, l'établissement hospitalier ou la collaboration doit avoir une expérience dans le domaine du traitement de la pathologie valvulaire, démontrée par une moyenne annuelle de minimum 106 prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745, 172756-172760 ou 181952-181963 comptabilisées, effectuées dans l'établissement hospitalier ou la collaboration, calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2.

Dès 2028, l'établissement hospitalier ou la collaboration doit avoir une expérience dans le domaine du traitement de la pathologie valvulaire, démontrée par une moyenne annuelle de minimum 121 prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745, 172756-172760 ou 181952-181963 comptabilisées dans l'établissement hospitalier ou la collaboration, calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2.

**1.3.** L'établissement hospitalier dans lequel l'intervention a lieu, dispose d'un échographe 3D et d'un échographe transœsophagien. Une permanence d'au moins un chirurgien cardiaque d'une grande expérience dans la chirurgie valvulaire classique de 24h/24h et de 7j/7j, sur la localisation où l'intervention a lieu, est garantie.

**1.4.** Un établissement hospitalier ne peut faire partie que d'une seule collaboration.

En se basant sur les compétences et les expertises déjà présentes, la collaboration désigne une localisation dans un des

établissements hospitaliers de cette collaboration où la pose d'indication pour l'implantation d'un stent valvulaire percutané en position aortique et l'intervention sont effectuées.

**1.5.** La concertation multidisciplinaire concernant la pose d'indication et l'intervention pour un bénéficiaire spécifique se déroule au sein de l'établissement hospitalier ou de la localisation définie et visée au point 1.4., par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des six ou, les cas échéant, sept médecins spécialistes suivants qui sont tous attachés à l'établissement hospitalier ou aux établissements hospitaliers composant la collaboration:

– 2 cardiologues interventionnels

ET

– 2 chirurgiens cardiaques

ET

– 1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transœsophagienne

ET

– 1 cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque

ET

– 1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus

**1.6.** L'établissement hospitalier ou la collaboration peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-05 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers et collaborations qui peuvent attester les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 jusqu'à un mois avant l'entrée en vigueur ou par après jusqu'au 30 septembre de l'année en cours.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et collaborations dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et collaborations; les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date. Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

L'établissement hospitalier ou la collaboration désigne un des membres de son établissement ou de sa collaboration repris dans le formulaire F-form-II-05 comme coordinateur. Le coordinateur est la personne de contact au sein de l'établissement hospitalier ou de la collaboration vis-à-vis des autres parties, plus spécifiquement la Commission, le Service des soins de santé et les organismes assureurs.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier ou la collaboration déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ou la collaboration ne satisfait plus aux critères requis.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ou la collaboration ne satisfait plus aux critères, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement hospitalier ou cette collaboration. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier ou la collaboration et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire F-Form-II-05 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire F-Form-II-05 mis à jour.

**1.7.** L'établissement ou la collaboration doit enregistrer les données concernant les implantations et les suivis visées sous le point 4.1.1. via le registre en ligne.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ou la collaboration n'a pas transmis ces données de suivi dans le délai prévu, le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier ou la collaboration

Lorsque l'établissement hospitalier ou la collaboration a complété les données faisant défaut, celui-ci en informe le Service des soins de santé.

Si l'établissement hospitalier ou la collaboration échoue à compléter les données faisant défaut ou à envoyer une justification fondée au Service des soins de santé endéans les 30 jours qui suivent la date à laquelle il a été averti par le Service des soins de santé, il est supprimé définitivement de la liste des établissements hospitaliers et collaborations, à moins que la justification fondée ne soit approuvée par la Commission.

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 172771-172782 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond simultanément aux critères suivants:

- 1) Une sténose sévère, symptomatique de la valve aortique, comme définie par les directives ESC les plus récentes;
- 2) Risque opératoire élevé ou patient ne pouvant pas entrer en ligne de compte pour une opération, tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte de tous les éléments du dossier médical;
- 3) Faisabilité technique d'une implantation percutanée d'une valve aortique;
- 4) Une estimation de l'espérance de vie après l'implantation du dispositif de douze mois minimum.

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 170634-170645 et 181952-181963 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1. Définition

Un système pour placement rapide, tel que mentionné dans la prestation 170634-170645, est défini comme un système nécessitant maximum 3 sutures pour sécuriser la valve.

Les dispositifs visés par la prestation 181893-181904 concernent des dispositifs qui sont repris sur une liste nominative des prestations 159132-159143, 181775-181786, 159154-159165, 159176-159180, 181790-181801, 159191-159202, 181812-181823, 170634-170645, 159213-159224, 181871-181882, 159235-159246, 159250-159261, 181834-181845, 159272-159283 et 181856-181860, et pour lesquels une dérogation pour une utilisation hors marquage CE a été accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

Les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 181952-181963 couvrent la valve, le système de placement et tous les dispositifs nécessaires pour monter la valve sur le système de placement.

#### 3.2. Critères

**3.2.1.** Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 181952-181963, le dispositif doit répondre aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA ;
- soit

avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec un suivi de 12 mois minimum qu'il n'est pas moins efficace qu'une intervention chirurgicale,

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum ;

- soit

avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif n'est pas moins efficace qu'un dispositif qui se trouve déjà sur la liste nominative,

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum.

- soit

avoir démontré dans une ou plusieurs études cliniques prospectives à un seul bras avec un suivi de 12 mois minimum et 200 patients au minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles (« best clinical practice »).

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum.

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

**4.1.1.** Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 159132-159143, 181775-181786, 159154-159165, 159176-159180, 181790-181801, 159191-159202, 181812-181823, 170634-170645, 159213-159224, 181871-181882, 159235-159246, 159250-159261, 181834-181845, 159272-159283, 181856-181860, 181893-181904, 172734-172745, 172756-172760 et 181952-181963 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-17 ait été complété valablement via l'application en ligne endéans les nonante jours après l'implantation.

Les données de suivi concernant une intervention sur la valve aortique telles que reprises dans le formulaire F-Form-I-18 doivent être complétées valablement via l'application en ligne endéans les nonante jours après l'implantation.

Le mode d'emploi reprenant la manière dont ces données sont enregistrées et validées ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises au Belgian Working Group Interventional Cardiology, à la Belgian Association of Cardio-thoracic Surgeons et à la Commission, sont établies par la Commission et le Service des soins de santé.

La demande d'intervention pour la prestation 181893-181904 est introduite après implantation au Collège des médecins-directeurs.

Cette demande comporte le formulaire F-Form-I-15 et une copie de la dérogation accordée par le Ministre.

La décision du Collège est communiquée immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

**4.1.2.** La prestation 172734-172745 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service des soins de santé dans les trente jours après l'implantation via l'application en ligne. Cette demande est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-08, entièrement complété et introduit conformément au mode d'emploi. Le numéro d'ordre est communiqué immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au coordinateur (de la collaboration), qui peuvent à tout moment consulter les numéros d'ordre des bénéficiaires les concernant.

Le mode d'emploi reprenant la manière dont le numéro d'ordre est demandé est établi par la Commission, le Service des soins de santé et le cas échéant par HealthData.

**4.1.3.** Le bénéficiaire qui entre en ligne de compte pour les prestations 172734-172745, 172756-172760 et 172771-172782 est sélectionné au préalable par une équipe multidisciplinaire composée comme décrit au point 1.5.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que les caractéristiques cliniques, l'historique du patient pertinent et les comorbidités doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Dès que le nombre annuel de prestations 172734-172745 attribué à un établissement hospitalier ou à une collaboration est dépassé, la prestation 172756-172760 doit être attestée.

Si le bénéficiaire ne répond pas aux critères repris sous le point 2, la prestation 181952-181963 doit être attestée.

## **4.2. Remplacement**

Pas d'application.

## **4.3. Remplacement anticipé**

Pas d'application.

## **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne sont pas cumulables avec la prestation 159294-159305.

La prestation 172771-172782 peut être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 172734-172745, 172756-172760 ou 181952-181963.

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hospitalisation quel que soit le nombre de dispositifs médicaux utilisés ou placés.

Les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne peuvent être attestées qu'une seule fois pour un bénéficiaire dans une période de 12 mois.

### **5.2. Autres règles**

### 5.2.1. Nombre annuel de remboursements au niveau national

Le nombre de remboursements par l'assurance obligatoire de la prestation 172734-172745 est limité à 1.500 par an.

### 5.2.2. Nombre annuel de remboursements par établissement hospitalier ou collaboration

Le nombre de remboursements de la prestation 172734-172745 par établissement hospitalier ou par collaboration, mentionné sur la liste telle qu'établie au point 1.6., est déterminé par une répartition proportionnelle entre les établissements hospitaliers et les collaborations, et est calculé sur la base du nombre total de prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745 ou 172756-172760 comptabilisées, selon le mode de calcul suivant :

- a) Pour l'année calendrier x, est pris en compte le nombre total de prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745 ou 172756-172760 comptabilisées pour les années x-4 à x-2 pour l'ensemble des établissements hospitaliers et des collaborations sur la liste des établissements hospitaliers et des collaborations. Ce nombre est T dans la formule reprise au point 5.2.2.d).
- b) Pour l'année calendrier x, pour chaque établissement hospitalier ou collaboration adhérent, est pris en compte le nombre total de prestations 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745 ou 172756-172760 comptabilisées pour les années x-4 à x-2. Ce nombre est A dans la formule reprise au point 5.2.2.d).
- c) Le nombre annuel de remboursements pour la prestation 172734-172745 au niveau national, comme fixé sous le point 5.2.1., est Nt dans la formule reprise au point 5.2.2.d).
- d) Le nombre de remboursements pour la prestation 172734-172745 par établissement hospitalier ou collaboration adhérent est calculé selon la formule suivante:  $Nt \cdot A / (T)$
- e) Le nombre obtenu est arrondi arithmétiquement au chiffre rond le plus proche.
- f) Si le nombre obtenu est inférieur à 25, le nombre de remboursements sera alors réduit à zéro.

**5.2.3.** Lorsque le Service des soins de santé constate que le nombre d'interventions dans l'établissement hospitalier adhérent ou dans la collaboration adhérente atteint le nombre d'interventions annuel attribué, il en informe les organismes assureurs.

**5.2.4.** Le nombre annuel des remboursements pour la prestation 172734-172745 par établissement hospitalier ou collaboration sera communiqué avant le 1er décembre.

### 5.2.5. Mesures transitoires

Pour l'année de l'entrée en vigueur, le nombre d'interventions pour la prestation 172734-172745 sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication de cette condition de remboursement.

## 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

## 6. Résultats et statistiques

Le « Belgian Working Group on Interventional Cardiology » et la « Belgian Association for Cardio-Thoracic Surgery » feront une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission tous les 2 ans. La nature du rapport est déterminée par la Commission.

## 7. Traitement des données

Les données enregistrées dans le cadre de la condition de remboursement F-§09 sont celles déterminées dans les formulaires mentionnés aux points 1.6., 4.1.1. et 4.1.2. et conformément aux données reprises à l'article 35septies/9 de la loi.

Le traitement des données visées au premier alinéa s'effectue conformément aux finalités précisées à l'article 35septies/8, 1°, 2°, 3° et 4° de la loi.

Le traitement des données personnelles est effectué tels que mentionnés à l'art. 35 septies/10, 1° et 2° de la loi.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35 septies/11, 1°, 2°, 3° et 4° de la loi ont accès aux données à caractère personnel non pseudonymisées.

Seules les personnes telles que mentionnées à l'article 35septies/12, 1° et 2° de la loi ont accès aux données à caractère personnel pseudonymisées.

Le délai de conservation des données visé à l'article 35septies/13, alinéa 1er de la loi est fixé à 10 ans.

## 8. Divers

Pas d'application.



Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au(x) cathéter(s) de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale, il doit être satisfait à la condition suivante :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires****4.1. Première utilisation**

La prestation 159294-159305 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite par le médecin spécialiste implanteur accompagnée d'un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste qui a effectué la prestation 589190-589201 de la nomenclature et d'un relevé détaillé du (des) cathéter(s) utilisé(s) (type et prix).

**4.2 Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

**4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

**4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux pièces disponibles de pompes utilisées pour soutenir la fonction cardiaque déficiente il doit être satisfait aux conditions suivantes :

#### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

#### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

La prestation 159331-159342 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

en cas de choc cardiogénique isolé aigu, résistant à une thérapie conservatrice maximale et/ou après cardiectomie avec impossibilité de déconnecter le bénéficiaire d'une pompe de circulation extracorporelle.

#### **3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

#### **4. Procédure de demande et formulaires**

##### **4.1. Première implantation**

La prestation 159331-159342 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite par le médecin spécialiste implanteur accompagnée d'un rapport médical circonstancié précisant la nature, le type, le nombre et le prix (copie de la facture d'achat) du matériel disponible utilisé.

##### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

##### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

##### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

#### **5. Règles d'attestation**

##### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 159331-159342 n'est pas cumulable avec les prestations 159655-159666, 159073-159084 et 159095-159106.

##### **5.2. Autres règles**

Pas d'application

##### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

#### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

#### **7. Divers**

Pas d'application

|        |        |
|--------|--------|
| 159353 | 159364 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 159375 | 159386 |
|--------|--------|

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

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application.

**3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 159353-159364 et 159375-159386 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

**3.1. Définition**

Les prestations 159353-159364 et 159375-159386 sont destinées à la protection des structures lors d'une resternotomie ou à la prévention d'une herniation du cœur.

**3.2. Critères**

Pas d'application.

**3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative.

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

La prestation 159375-159386 réalisée entre le 1er août 2016 et le 31 mars 2018 peut être attestée après le placement des prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 ou 172896-172900.



Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion, d'implants et d'accessoires, à l'occasion de la prestation 589455-589466 de la nomenclature, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

l'établissement hospitalier dispose d'un programme de soins "pathologie cardiaque" C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) tel que fixé par l'autorité ayant la Santé publique dans ses attributions.

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

### **3. Critères concernant le dispositif**

La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

#### **3.1. Définition**

Dans le libellé de la prestation 159471-159482, on entend par "accessoires": les fils de guidage, la gaine d'introduction et le dispositif de gonflage.

#### **3.2. Critères**

Pas d'application

#### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation**

La prestation 159471-159482 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande introduite après implantation par le médecin spécialiste.

La demande comporte un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste qui a réalisé la prestation 589455-589466 de la nomenclature, ainsi que le F-form-I-05, étayé par les factures du distributeur.

Pour chaque dossier individuel, le Collège recueille, avant de prendre une décision, l'avis de la Commission.

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

#### **4.2. Remplacement**

Pas d'obligation administrative

#### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 159471-159482 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159390-159401, 159412-159423, 159434-159445 et 159456-159460 .

#### **5.2. Autres règles**

Pas d'application

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel pour la fermeture du foramen oval, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

**4. Procédure de demande et formulaires****4.1. Première implantation**

La prestation 159456-159460 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'utilisation de ces dispositifs auprès du médecin-conseil.

Cette notification contient un rapport médical circonstancié qui décrit clairement qu'il s'agit d'un foramen oval avec shunt droit-gauche démontré par imagerie et d'un accident vasculaire cérébral démontré par imagerie cérébrale, celle-ci n'étant cependant pas exigée en cas d'accident de décompression.

Ce rapport médical circonstancié tient lieu d'attestation médicale et doit être signé par un médecin spécialiste en cardiologie ou en pédiatrie, et contresigné par un médecin spécialiste en neurologie et un chirurgien cardiaque qui confirment ainsi l'indication.

**4.2. Remplacement**

Pas d'obligation administrative.

**4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application.

**4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application.

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au cathéter à biopsie utilisés lors d'un cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse il doit être satisfait à la condition suivante :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

La prestation 159574-159585 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :

Il dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme de soins "pathologie cardiaque" T.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

159913 159924

159935 159946

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au système d'oxygénéateur extracorporel à membrane (ECMO), il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'application administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Les prestations 159913-159924 et 159935-159946 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séjour.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au système de drainage thoracique, 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 160370-160381 couvre les divers éléments nécessaires au système de drainage thoracique à savoir le système d'aspiration, le(s) drain(s) thoracique(s), la/les tubulure(s) et le pot de collecte.

**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

**Prestations liées**

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>159051</b> | <b>159062</b> |
| <b>159714</b> | <b>159725</b> |
| <b>159736</b> | <b>159740</b> |
| <b>159751</b> | <b>159762</b> |
| <b>159773</b> | <b>159784</b> |
| <b>159795</b> | <b>159806</b> |
| <b>159810</b> | <b>159821</b> |
| <b>159832</b> | <b>159843</b> |
| <b>159854</b> | <b>159865</b> |
| <b>159876</b> | <b>159880</b> |
| <b>159891</b> | <b>159902</b> |
| <b>159950</b> | <b>159961</b> |
| <b>159972</b> | <b>159983</b> |
| <b>159994</b> | <b>160005</b> |
| <b>160016</b> | <b>160020</b> |
| <b>160031</b> | <b>160042</b> |
| <b>160053</b> | <b>160064</b> |
| <b>160075</b> | <b>160086</b> |
| <b>160090</b> | <b>160101</b> |
| <b>160112</b> | <b>160123</b> |
| <b>160134</b> | <b>160145</b> |
| <b>160156</b> | <b>160160</b> |
| <b>160171</b> | <b>160182</b> |
| <b>160193</b> | <b>160204</b> |
| <b>160215</b> | <b>160226</b> |
| <b>160230</b> | <b>160241</b> |
| <b>160252</b> | <b>160263</b> |
| <b>160274</b> | <b>160285</b> |
| <b>160296</b> | <b>160300</b> |
| <b>160311</b> | <b>160322</b> |
| <b>160333</b> | <b>160344</b> |
| <b>160355</b> | <b>160366</b> |
| <b>160451</b> | <b>160462</b> |
| <b>160473</b> | <b>160484</b> |

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

#### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

#### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

#### **3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

#### **4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

#### **5. Règles d'attestation**

##### **5.1. Règles de non-cumul**

Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

##### **5.2. Autres règles**

Pas d'application

##### **5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

#### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

#### **7. Divers**

Pas d'application

172491 172502

172513 172524

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs pour le rétablissement percutané de la coaptation des valves mitrales en vue du traitement de la régurgitation de la valve mitrale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant les dispositifs pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales en vue du traitement de la régurgitation de la valve mitrale dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court du 01/03/2016 au 31/12/2020 inclus. Pendant cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

### 2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans le réseau qui répond aux critères suivants et qui a conclu la convention F-ACL-001 avec le Comité de l'assurance.

Le réseau doit, durant la totalité de la durée de la convention, répondre aux critères ci-dessous.

#### 2.1 Critères pour le réseau et ses établissements hospitaliers

##### 2.1.1.

a) Le réseau est constitué de minimum 3 établissements hospitaliers. Chaque établissement hospitalier faisant partie du réseau, dispose d'un agrément complet pour le programme de soins «pathologie cardiaque B» tel que fixé par l'autorité compétente.

b) Le réseau a une expérience dans le domaine du traitement de la pathologie valvulaire, démontrée par un minimum de 600 interventions par an, effectuées dans le réseau, nombre calculé comme étant la moyenne pour les années 2012-2013-2014 pour les prestations suivantes de la nomenclature:

229596-229600 N2100 : Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle

229515-229526 N2700 : Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte le placement de plus d'une valve artificielle ou d'une homogreffe valvulaire, ou d'une valve artificielle associée à une revascularisation myocardique, avec circulation extracorporelle.

Le nombre minimum d'interventions par an est déterminé comme la somme des interventions de tous les établissements hospitaliers du réseau.

c) Un établissement hospitalier ne peut faire partie que d'un seul réseau ;

d) Le réseau désigne un des membres du réseau repris dans le formulaire F-form-II-03 comme coordinateur du réseau. Le coordinateur du réseau représente le réseau vis-à-vis des autres parties, plus spécifiquement la Commission, le Service et les organismes assureurs, et est la personne désignée pour veiller au respect des modalités d'exécution comme déterminées aux points 6 (procédure de demande) et 9 (évaluation).

En se basant sur les compétences et les expertises déjà présentes, le réseau désigne une localisation où la pose d'indication pour l'implantation du dispositif pour le rétablissement percutané de coaptation des feuillets des valves mitrales et l'intervention sont effectuées. Cet établissement hospitalier dispose d'un échographe 3D et d'un échographe transœsophagien. Une permanence de 24h/24h et de 7j/7j d'au moins un chirurgien cardiaque d'une grande expérience dans la chirurgie valvulaire classique est garantie par les membres du réseau sur le site où l'intervention a lieu.

e) Le réseau et les médecins ayant adhéré à la convention F-ACL-001 s'engagent à collaborer à l'évaluation visée au point 9.

**2.1.2** La concertation multidisciplinaire concernant la pose d'indication ainsi que l'intervention pour un bénéficiaire spécifique se déroule au sein de la localisation définie et visée au point 2.1.1, d), par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des six ou sept médecins-spécialistes suivants:

1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque qui effectueront l'intervention

et

1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque supplémentaires d'un autre établissement hospitalier du réseau que celui des médecins qui effectueront l'intervention

et

1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transœsophagienne

et

1 cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque

et

1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus.

## **2.2 Formulaire de candidature du réseau**

**2.2.1.** Le réseau qui répond aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé jusqu'au 01/03/2016 inclus sur base du formulaire F-Form-II-03

## **3. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- 1) Régurgitation symptomatique sévère de la valve mitrale, malgré un traitement optimal contre l'insuffisance cardiaque, comme défini par les directives ESC les plus récentes ;
- 2) Un score NYHA cardial de 3 ou 4 ;
- 3) Risque d'opération élevé tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte au minimum de l'âge, de la fonction ventriculaire gauche, de la pression pulmonaire, des comorbidités, de la fragilité, des antécédents de rayonnements au niveau du tronc et de chirurgie cardiaque, et des contre-indications techniques/anatomiques à la chirurgie;
- 4) Faisabilité technique évaluée au moyen de l'échographie transoesophagienne;
- 5) Une estimation de l'espérance de vie générale d'un an minimum après l'intervention au moyen du dispositif.

#### **4. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

##### **4.1. Définition**

Pas d'application

##### **4.2. Critères**

**4.2.1.** Un dispositif pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA;

- soit

avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum et un suivi de 12 mois minimum qu'il n'est pas moins efficace qu'une intervention chirurgicale,

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum;

- soit

avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum, un suivi de 12 mois minimum et dans un groupe d'étude de patients présentant un risque élevé de chirurgie, qu'il n'est pas moins efficace que les dispositifs qui se trouvent déjà sur la liste nominative,

ET

avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum.

##### **4.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

## 5. Nombre de bénéficiaires

### 5.1 Nombre de bénéficiaires annuels au niveau national

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 172491-172502 est limité à 92, 140, 155, 175 et 200, pour les années 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020 de l'application clinique limitée.

### 5.2. Nombre de bénéficiaires annuels par réseau adhérent

La répartition entre les réseaux adhérents du nombre de bénéficiaires pour lesquels une intervention peut être accordée pour la prestation 172491-172502 est calculée lors de l'entrée en vigueur de la convention et s'applique aux 2016 et 2017.

La répartition entre les réseaux adhérents du nombre de bénéficiaires pour lesquels une intervention peut être obtenue pour la prestation 172491-172502 sera redéfinie par le Service en novembre 2017 et s'appliquera aux 2018, 2019 et 2020.

Le nombre de bénéficiaires, pour lesquels un réseau peut obtenir une intervention pour la prestation 172491-172502 pour 2016 et 2017 est déterminé par une répartition proportionnelle entre les réseaux et calculé sur la base du nombre total de prestations remboursées 229596-229600 et 229515-229526, selon le mode de calcul suivant :

1. Pour les années 2016 et 2017, pour tous les établissements hospitaliers adhérents, le nombre total de prestations 229596-229600 et 229515-229526 est comptabilisé pour les années 2012, 2013 et 2014. Ce nombre est T dans la formule reprise au point 4.
2. Pour les années 2016 et 2017, pour chaque réseau adhérent, le nombre total de prestations 229596-229600 et 229515-229526 est comptabilisé pour les années 2012, 2013 et 2014, pour tous les établissements hospitaliers du réseau. Ce nombre est A dans la formule reprise au point 4.
3. Le nombre de bénéficiaires annuels au niveau national, pour les années 2016 et 2017 est fixé au point 5.1. Ce nombre est Nt dans la formule reprise au point 4.
4. Le nombre de bénéficiaires pour lesquels le réseau adhérent peut obtenir une intervention pour la prestation 172491-172502 par année, est calculé sur base du nombre total de prestations du réseau selon la formule suivante :

$Nt * (A/T)$

Le nombre de bénéficiaires, pour lesquels un réseau peut obtenir une intervention pour la prestation 172491-172502 pour 2018, 2019 et 2020 est déterminé par une répartition proportionnelle entre les réseaux et calculé sur la base du nombre total de prestations remboursées 229596-229600 et 229515-229526, selon le mode de calcul suivant :

1. Pour les années 2018, 2019 et 2020, pour tous les établissements hospitaliers adhérents, le nombre total de prestations 229596-229600 et 229515-229526 est comptabilisé pour les années 2014, 2015 et 2016. Ce nombre est T dans la formule reprise au point 4.
2. Pour les années 2018, 2019 et 2020, pour chaque réseau adhérent, le nombre total de prestations 229596-229600 et 229515-229526 est comptabilisé pour les années 2014, 2015 et 2016, pour tous les établissements hospitaliers du réseau. Ce nombre est A dans la formule reprise au point 4.

3. Le nombre de bénéficiaires annuels au niveau national, pour les années 2018, 2019 et 2020 est fixé au point 5.1. Ce nombre est Nt dans la formule reprise au point 4.

4. Le nombre de bénéficiaires pour lesquels le réseau adhérent peut obtenir une intervention pour la prestation 172491-172502 par année, est calculé sur base du nombre total de prestations du réseau selon la formule suivante :

$$Nt * (A/T)$$

Le chiffre obtenu est arrondi à la hausse ou à la baisse au chiffre rond le plus proche.

Dès que le nombre d'interventions réseau adhérent dépasse le nombre annuel d'interventions accordées, la prestation 172513-172524 doit être attestée pour chaque intervention additionnelle.

Si le Service constate que le nombre d'interventions au réseau adhérent a atteint le nombre annuel d'interventions accordées, il en informe les organismes assureurs.

## **6. Procédure de demande et formulaires**

### **6.1 Première implantation**

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service et au médecin conseil dans les trente jours après l'implantation. Cette notification est effectuée au moyen du formulaire F-Form-I-06, entièrement complété et signé par un membre de l'équipe multidisciplinaire. Le numéro d'ordre est communiqué simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au coordinateur du réseau.

Le bénéficiaire qui entre en ligne de compte pour une implantation est sélectionné au préalable par une équipe multidisciplinaire composée comme décrit au point 2.1.2.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 3, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que les caractéristiques de référence et les données de suivi visées au point 8.1 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 172491-172502 ne peut être attestée que si le nombre annuel de prestations pour le réseau n'est pas encore dépassé (voir point 5).

### **6.2. Remplacement**

Pas d'application

### **6.3. Remplacement anticipé**

Pas d'application

### **6.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

## **7. Règles d'attestation**

### **7.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

### **7.2. Autres règles**

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 suivent les modalités de remboursement de la catégorie E.

La prestation 172491-172502 ne peut être attestée qu'une seule fois dans une période de 12 mois.

Si le réseau adhérent dépasse le nombre d'interventions accordées annuellement pour la prestation 172491-172502, la prestation 172513-172524 doit être attestée.

En adhérant à la convention, le réseau s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coûts du dispositif lors de l'implantation d'un dispositif de coaptation des valves mitrales autre que ceux mentionnés dans la liste nominative.

En adhérant à la convention le réseau s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coût du dispositif lors de l'implantation chez un bénéficiaire qui ne satisfait pas aux critères d'inclusion repris au point 3.

Les prestations 172491-172502 et 172513-172524 ne peuvent être attestées que par l'établissement hospitalier visé en 2.1.1 au sein duquel la prestation est effectuée.

Dès l'instant où il est constaté qu'un réseau ne satisfait plus aux conditions visées au point 2.1., celui-ci perd le droit d'attester la prestation 172491-172502 pour les prestations effectuées pendant les trois mois qui suivent la date de la notification de cet avertissement. Durant cette période, le réseau peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne sont plus remboursées jusqu'au moment où le réseau satisfait à nouveau aux critères et en a informé le Service des Soins de Santé. Lorsque le réseau est à nouveau en ordre, la prestation 172491-172502 peut être attestée pour les interventions effectuées pendant la période de suspension, même si les 30 jours visés au point 6.1 sont dépassés.

Si un réseau n'a pas complété le taux minimum requis pour son suivi dans les trois mois après qu'il en ait été informé par le Service, ce dernier le signale au Comité de l'assurance, qui peut alors décider du retrait de l'adhésion à la convention.

### **7.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

## **8. Engagements de l'établissement hospitalier ou du réseau adhérent**

**8.1.** Le réseau qui adhère à la convention est tenu de conserver scrupuleusement les caractéristiques de référence (baseline) et les données relatives au suivi des bénéficiaires dans le cadre de la présente convention et ce, tant à leur sortie d'hôpital que

6, 12, 24, 36, 48 et 60 mois après l'implantation.

Ces données doivent être inscrites dans le registre qui est établi et géré par le BWGIC / la BACTS. Les paramètres à enregistrer sont définis par le BWGIC / la BACTS, étant entendu qu'ils doivent permettre de faire une évaluation en vue de répondre aux questions de recherche définies au point 1 de la présente convention et de rédiger le rapport final comme fixé au point 9.3. Cet enregistrement doit toujours contenir au minimum les critères qui ont conduit à opter pour le traitement endovasculaire.

Le BWGIC / la BACTS, en concertation avec les réseaux adhérents, transmettront pour validation à la Commission, au début de la présente convention, la liste des paramètres à enregistrer. La Commission peut ajouter les paramètres qu'elle juge nécessaires pour l'évaluation finale.

Les réseaux adhérents doivent aussi enregistrer les implantations des dispositifs qui ne sont pas repris sur la liste nominative ou les autres implantations pour lesquelles aucun remboursement n'a été demandé, afin d'élaborer une analyse de la totalité du groupe cible dans le rapport final (point 9.3).

Les données de suivi des patients doivent être inscrites au registre dans les 2 mois après le moment prévu et doivent toujours figurer dans le dossier médical du bénéficiaire.

Un décès, une nouvelle hospitalisation pour des raisons cardiaques ou des complications dues au dispositif et survenant en dehors des moments de suivi prévus doivent également être repris dans ce registre et dans le dossier médical.

Lorsque la Commission constate dans le rapport intermédiaire que, pour un réseau adhérent, plus de 20% des suivis sont manquants ou incomplets, le remboursement du dispositif est suspendu pour ce réseau jusqu'à ce que les suivis manquants soient complétés ou la raison de leur défaut soit motivée.

Lorsque le réseau a complété les données de suivi faisant défaut, celui-ci en informe le Service. La suspension de l'intervention est levée lorsque les données de follow-up sont correctement complétées.

Après en avoir été averti par le Service, lorsqu'un réseau n'atteint pas, endéans les trois mois, le pourcentage minimum exigé pour le suivi, le Service le signale à la Commission et au Comité de l'Assurance, qui peuvent alors décider du retrait de l'adhésion à la convention.

## **8.2. Communication de toute modification**

Chaque réseau adhérent signale annuellement au Service les modifications aux données reprises dans le formulaire de candidature.

Pendant toute la durée de la convention, les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 2 sont communiquées spontanément par le coordinateur du réseau au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrièle email à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles et par e-mail à [implant@inami.fgov.be](mailto:implant@inami.fgov.be).

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour ce réseau.

## 9. Analyse

9.1. L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par la Commission Peer Review installée par le BWIGC/ la BACTS en concertation avec les réseaux adhérents, et les organismes assureurs qui ont signé la convention. Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif selon des critères précis.

### 9.2. Analyse intermédiaire - Rapport

La Commission peer-review présente chaque année, avant le 1er juillet, un rapport écrit intermédiaire à la Commission, basé sur les données collectées.

Le rapport comprend au minimum les données suivantes:

- 1) Le nombre de patients traités sous les prestations 172491-172502 et 172513-172524 par réseau;
- 2) La proportion entre les nombres de functional mitral regurgitations (FMR) et de degenerative mitral regurgitations (DMR);
- 3) La moyenne, la médiane et la distribution (éventuellement par boxplots ou par d'autres présentations graphiques) des paramètres suivants pour les patients déjà traités;
  - Âge
  - STS ou Euroscore ;
- 4) Nombre de décès ou d'effets indésirables graves;
- 5) Pourcentage de suivis faisant défaut 2 mois après les moments de suivi prévus, par réseau;
- 6) Nombre d'implantations registrés pour lesquelles aucun remboursement n'a été demandé .

Si ce rapport intermédiaire n'est pas communiqué à la date précitée, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut décider d'arrêter le remboursement du dispositif.

### 9.3. Analyse - Rapport final

Au plus tard le 1/07/2020, la Commission de peer-review doit rédiger un rapport final sur la base des données collectées et le communiquer à la Commission.

Le rapport final doit répondre aux questions suivantes:

1. Peut-on définir des indications spécifiques concernant l'utilisation de ce dispositif, qui peuvent être reprises dans les modalités de remboursement du règlement définitif?
- 2.En se basant sur ces indications, combien d'implantations seront remboursables annuellement?
- 3.Quel est le rapport coût-efficacité de ce dispositif par rapport aux alternatives thérapeutiques?

Ce rapport final doit contenir au moins les éléments suivants :

- 1) Une revue systématique de la littérature au sujet du traitement endovasculaire de la régurgitation de la valve mitrale, accompagné d'une discussion des publications identifiées et des différents dispositifs médicaux, en particulier une discussion des études cliniques. Cette revue systématique de la littérature doit être actuelle jusqu'à 4 mois avant la date de remise du rapport final ;

2) Une analyse de la population de patients inscrits dans le registre, portant au moins sur:

- a. La distinction entre la régurgitation mitrale fonctionnelle et dégénérative ;
- b. Les caractéristiques de référence;
- c. Un récapitulatif des critères qui ont mené à la décision de traitement endovasculaire plutôt qu' au traitement par chirurgie ouverte ou à un traitement médical;
- d. Les correspondances et les différences entre les réseaux dans la sélection des patients;
- e. Une discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec ceux de la littérature (études cliniques et registres).

3) Une analyse des données de suivi collectées. Cela comporte au minimum :

- a. Les décès avec leurs causes ;
- b. L'apparition de divers effets secondaires majeurs ;
- c. Les courbes de Kaplan-Meier pour les décès et les effets secondaires majeurs ;
- d. Le changement au niveau de la moyenne de la régurgitation mitrale moyenne et du score NYHA au fil des années ;
- e. Les différences éventuelles entre la FMR et la DMR ;
- f. Un examen de cette analyse y compris une comparaison de ces résultats avec ceux de la littérature (études cliniques et registres).

4) Une analyse rétrospective des frais médicaux directs pendant un an avant l'implantation, pour l'implantation elle-même (consultation, tests diagnostiques et évaluation avant implantation, l'implantation et l'hospitalisation) et pour chaque année complète suivant l'implantation. Les frais suivants sont analysés :

- a. le nombre, la durée et le coût des hospitalisations, liées à l'insuffisance cardiaque. Les examens techniques relatifs au diagnostic ou au traitement sont inclus ;
- b. Le nombre de visites aux urgences et leur coût ;
- c. Le nombre de visites chez le médecin généraliste ou le cardiologue et leur coût ;
- d. Le nombre, la dose et le coût des spécialités pharmaceutiques ;
- e. Un examen de cette analyse.

5) Une proposition détaillée relative aux indications et contre-indications pouvant être inscrites dans les conditions de remboursement. Chacune des indications proposées doit être motivée sur la base de l'étude de la littérature ou des résultats obtenus sous cette convention.

6) Un examen de la plus-value thérapeutique, l'intérêt dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux et la proportion entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique (efficience), de sorte que la Commission puisse proposer une réglementation définitive motivée au Ministre.

Les organismes assureurs fourniront les données demandées sous le point 4 afin que la Commission peer- review puisse effectuer l'analyse des coûts.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Ministre par l'intermédiaire de la Commission.

#### **10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante**

La convention entre en vigueur le 1/03/2016 et est valable jusqu'au 31/12/2020 inclus mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou un réseau adhérent par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle expire dès que le réseau adhérent ne répond plus aux dispositions de cette convention.

#### **11. Divers**

A la demande de la Commission ou de l'une des parties de la convention, une réunion avec le Bureau de la Commission, la BACTS et le BWGIC peut être organisée à tout moment.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à la sonde à usage unique pour le traitement par opératoire de fibrillation auriculaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 172594-172605 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

La prestation doit être effectuée dans un établissement de soins qui dispose de l'agrément complet pour le programme de soins "Pathologie cardiaque" B, accordé par l'autorité compétente.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172594-172605 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

#### 2.1. Critères d'inclusion

Le bénéficiaire subit un traitement chirurgical concomitant d'une fibrillation auriculaire documentée en combinaison avec une chirurgie cardiaque lors des prestations 229014-229025, 229515-229526, 229574-229585, 229596-229600, 229611-229622, 229633-229644 ou 229530-229541 de la nomenclature.

#### 2.2. Critères d'exclusion

- le bénéficiaire souffre d'une fibrillation auriculaire permanente d'une durée supérieure à 5 ans
- diamètre de l'oreillette gauche du bénéficiaire est de plus de 65mm sur l'échocardiogramme lors de la mesure de la coupe parasternale grand axe
- le bénéficiaire a subi une ablation percutanée pour fibrillation auriculaire durant la même hospitalisation (prestation : 589551-589562)

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première intervention

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux dispositions du point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### 4.2. Interventions ultérieures

Pas d'application.

#### **4.3 Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 172594-172605 n'est pas cumulable avec les prestations 158874-158885, 158955-158966 et 158933-158944.

#### **5.2. Autres règles**

La prestation 172594-172605 ne peut être remboursée qu'une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire et ne peut pas être attestée lorsqu'un seul pen pour ablation linéaire est utilisé.

La prestation 172594-172605 ne peut être attestée que lorsque la sonde à usage unique e été utilisée lors d'une des prestations 229014-229025, 229515-229526, 229574-229585, 229596-229600, 229611-229622, 229633-229644 ou 229530-229541 de la nomenclature.

#### **5.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au moniteur cardiaque implantable et accessoires, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 172572-172583 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

La prestation doit être effectuée dans un établissement de soins qui dispose de l'agrément pour le programme de soins "Pathologie cardiaque E" accordé par l'autorité compétente.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172572-172583 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

- Le bénéficiaire souffre de syncopes récidivantes de nature indéterminée malgré un bilan non invasif exhaustif, et il existe un risque de récurrence endéans la durée théorique de vie du dispositif.

ou

- Le bénéficiaire souffre de syncope, même isolée, et il existe des facteurs de gravité potentiels tels que mentionnés dans les recommandations internationales et après bilan non invasif et éventuellement invasif exhaustif.

ou

- Le bénéficiaire souffre d'AVC/AIT cryptogénique pour lequel une démarche diagnostique complète, comprenant au minimum un enregistrement continu de l'activité électrique cardiaque durant une semaine n'a pas pu démontrer la cause de l'AVC/AIT, et la mise en évidence d'une fibrillation auriculaire aurait pour conséquence l'instauration d'une anticoagulation orale.

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172572-172583, ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1. Définition

Pas d'application

#### 3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 172572-172583, le dispositif doit posséder des algorithmes de détection de la fibrillation auriculaire.

#### 3.3. Conditions de garantie

Pour pouvoir être repris sur la liste nominative de la prestation 172572-172583, une garantie de deux ans (warranty) doit être fournie en cas de défaut du dispositif.

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1 Première implantation

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux dispositions du point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### 4.2 Remplacement

Pas d'application

#### 4.3 Remplacement anticipé

Pas d'application

#### **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

#### **5.2. Autres règles**

La prestation 172572-172583 ne peut être remboursée qu'une seule fois sur la durée de vie du bénéficiaire.

#### **5.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs pour la fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

**1.1.** La prestation 180272-180283 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

a) L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B » tel que fixé par l'autorité compétente.

b) La concertation multidisciplinaire concernant la pose d'indication et l'intervention pour un bénéficiaire spécifique se déroule au sein de l'établissement hospitalier, par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des quatre ou, les cas échéant, cinq médecins-spécialistes suivants :

- 1 cardiologue interventionnel

ET

- 1 chirurgien cardiaque

ET

- 1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transoesophagienne

ET

- 1 électrophysiologue

ET

- 1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus.

c) Lors du placement du dispositif pour fermeture percutanée de l'auricule gauche, doivent être présents dans le cathlab / la salle hybride pour la durée entière de l'intervention au minimum :

- 1 cardiologue interventionnel ayant acquis l'expertise en ponction transseptale et fermeture de l'auricule gauche

ET

- 1 cardiologue ayant acquis l'expertise en échographie transoesophagienne.

**1.2.** Dès 202x jusqu'à 202x+4, l'établissement hospitalier doit disposer d'une expérience en ponction par voie transseptale au travers d'un septum intact, démontrée par une moyenne annuelle de 50 prestations (476033-476044 et/ou 589551-589562) comptabilisées, calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2. Seule une de ces prestations par jour et par bénéficiaire peut être prise en compte pour le calcul des 50 ponctions transseptales.

Dès 202x+5, l'établissement hospitalier doit disposer d'une expérience en fermeture percutanée d'auricule gauche, démontrée par une moyenne annuelle de 25 prestations 180272-180283 comptabilisées, calculée comme étant la moyenne pour les années x-4 à x-2.

**1.3.** L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-06 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester la prestation 180272-180283 selon les modalités déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers ; la prestation 180272-180283 ne pourra faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date. Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement hospitalier. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée requise dans le formulaire F-Form-II-06 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire F-Form-II-06 mis à jour.

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 180272-180283 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

1) fibrillation atriale non-valvulaire

ET

2) un haut risque thromboembolique avec un score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥ 4

ET

SOIT 3.a) une des contre-indications formelles et permanentes à l'usage longue durée d'anticoagulants (validée par l'équipe multidisciplinaire) suivantes :

- antécédents d'hémorragie spontanée ; majeure selon les critères BARC3
- antécédents d'hémorragie cérébrale de tout type ;
- hémorragie mineure spontanée et répétitive, considérée comme significative de façon clinique par l'équipe multidisciplinaire ;

SOIT 3.b) insuffisance rénale grave (eGFR < 15 ml/min)

SOIT 3.c) récurrence d'AVC ou d'AIT sous anticoagulants

## 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 180272-180283 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

### 3.1. Définition

Pas d'application.

### 3.2. Critères

**3.2.1.** Un dispositif pour fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA
- soit avoir démontré dans une étude clinique randomisée publiée dans une revue « peer-reviewed » avec un suivi de 12 mois minimum que le dispositif n'est pas inférieur à la warfarine ou à un NOAC et avec un profil de sécurité acceptable démontré pour 200 patients minimum ;
- soit avoir démontré dans une combinaison d'études cliniques prospectives avec un protocole comparable publiées dans des revues « peer-reviewed » qui atteignent de manière structurée et contrôlable au moins 200 patients avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles ("best clinical practice").

Seuls les dispositifs pour lesquels une formation théorique et sur simulateur est prévue par le distributeur du dispositif préalablement à l'usage, peuvent être implantés.

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. Première implantation

Le bénéficiaire qui entre en ligne de compte pour une implantation est sélectionné au préalable par une équipe

multidisciplinaire composée comme décrit au point 1.1. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1 doit être appliquée.

#### **4.3. Remplacement anticipé**

Pas d'application.

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application.

#### **5.2. Autres règles**

Pas d'application.

#### **5.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

|        |        |
|--------|--------|
| 172955 | 172966 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 172970 | 172981 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 172992 | 173003 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire et accessoires, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier dispose d'un agrément complet pour le programme de soins «pathologie cardiaque C» tel que fixé par l'autorité compétente.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond simultanément aux critères suivants:

Une surcharge de pression sévère et/ou de volume du ventricule droit (ventricule sub-pulmonaire) avec malformation cardiaque congénitale due à un dysfonctionnement de la valve pulmonaire avec une des indications suivantes :

- sténose pure avec soit:
  - gradient maximum Doppler > 50 mmHg si la fonction du ventricule droit est normale
  - gradient maximum Doppler > 40 mmHg s'il y a une dysfonction du ventricule droit
  - gradient moyen Doppler > 35 mmHg
- Insuffisance valvulaire pulmonaire de 3 ou 4
- Lésion mixte avec insuffisance valvulaire pulmonaire de 3 ou 4, et une sténose avec soit :
  - gradient maximum Doppler > 50 mmHg si la fonction du ventricule droit est normale
  - maximum Doppler > 40 mmHg s'il y a une dysfonction du ventricule droit

- gradient moyen Doppler > 35 mmHg

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172955-172966 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1. Définition

Pas d'application.

#### 3.2. Critères

**3.2.1.** Un stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire y compris le système de placement ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA;
- soit avoir démontré dans une étude clinique prospective avec un suivi de 12 mois minimum et 50 patients au minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles (« best clinical practice »);
- soit avoir démontré dans une combinaison d'études cliniques prospectives avec un protocole comparable qui atteignent de manière structurée et contrôlable au moins 50 patients avec un suivi de 12 mois minimum, que le dispositif atteint des résultats comparables aux meilleures pratiques cliniques actuelles (« best clinical practice »).

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### 4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

### **4.3. Remplacement anticipé**

Pas d'application

### **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 172970-172981 et 172992-173003 peuvent être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 172955-172966.

La prestation 172970-172981 n'est pas cumulable avec la prestation 172992-173003.

Durant la même hospitalisation, les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 159294 - 159305 et 159471-159482.

Les prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 peuvent seulement être attestées une seule fois par hospitalisation

### **5.2. Autres règles**

La prestation 172970-172981 couvre tout le matériel de dilatation et le(s) tuteur(s) couvert(s) ou non utilisé(s) dans le cadre de la procédure.

La prestation 172970-172981 ne peut-être attestée que si une dilatation ou un stenting est effectué pendant la procédure pour laquelle la prestation 172955-172966 est attestée

La prestation 172992-173003 couvre tout le matériel utilisé dans le cadre de la prestation

La prestation 172992-173003 ne peut-être attestée que si aucun dilatation ou stenting n'est effectué pendant la procédure pour laquelle la prestation 172955-172966 est attestée

Lorsqu'une pré-dilatation et/ou un pré-stenting a été effectué préalablement à l'intervention pour laquelle la prestation 172955-172966 a été attestée, la prestation 159471-159482 peut alors être attestée

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

La Commission peut, en tout temps, demander à l'Association Belge de Cardiologie Pédiatrique et Congénitale (ABCPC) et le Belgian Working Group on Adult Congenital Heart Disease (BWGACHD) une évaluation avec rapport.

La nature de l'évaluation demandée est déterminée par la Commission.

### **7. Divers**

Pas d'application.

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 180331 | 180342 |
| 180353 | 180364 |
| 180375 | 180386 |
| 180390 | 180401 |
| 180412 | 180423 |
| 180434 | 180445 |
| 180456 |        |
| 180471 |        |

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

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456 et 180471 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

#### 1.1

Les prestations doivent être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins "pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et pulmonaire) " accordé par l'autorité compétente.

Le suivi (follow-up) des bénéficiaires dont le fonctionnement de l'appareil est contrôlé, doit se faire dans ces établissements hospitaliers.

L'établissement hospitalier et les médecins-spécialistes s'engagent à collaborer au rapport visé au point 6.

#### 1.2 Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-07 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester la prestation 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456 et 180471.

L'établissement hospitalier doit tenir à jour les données de suivi des bénéficiaires et livrer les données nécessaires pour rédiger un rapport tous les 2 ans.

Lorsque le Service des Soins de Santé constate que plus de 20% des données de suivi des bénéficiaires sont manquantes ou incomplètes pour un établissement hospitalier sur la base du rapport bisannuel, cet établissement hospitalier est informé et le remboursement est suspendu jusqu'au moment où l'établissement hospitalier a rempli les données manquantes.

L'établissement hospitalier informe le Service et si l'établissement ne dépasse plus le taux de 20 % de données de suivi manquantes, la suspension de l'intervention de l'assurance obligatoire est levée.

#### 1.3

L'enregistrement sur cette liste est reconduit annuellement de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des Soins de Santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis.

Au cours de l'année, les modifications des données reprises dans le formulaire F-Form-II-07 qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 1.1. sont communiquées spontanément par le responsable au Service.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

#### 2.1. Critères d'inclusion

Bridge to transplant (BTT):

- bénéficiaire avec une insuffisance cardiaque aigüe ou chronique nonobstant toutes les options thérapeutiques possibles, dont la vie est menacée et qui entre en ligne de compte pour une transplantation cardiaque pour autant que son état

et les chances de succès de l'intervention justifient l'utilisation d'un dispositif d'assistance ventriculaire pour franchir la période d'attente entre l'indication et la disponibilité d'un cœur approprié à transplanter.

ET

- le bénéficiaire répond aux critères pour une transplantation et se trouve sur la liste d'attente pour une transplantation cardiaque au moment de l'implantation.

OU

Bridge to decision (BTD):

- bénéficiaire avec une situation aigüe d'insuffisance cardiaque isolée réfractaire et une instabilité hémodynamique qui, malgré toutes les options thérapeutiques possibles, met en danger de mort.

ET

- Le bénéficiaire présente au moment du placement du dispositif une contre-indication relative et provisoire pour une transplantation cardiaque et ne peut pas à ce moment-là être repris comme récepteur actif sur la liste d'attente pour un organe de donneur. On considère cependant que le soutien mécanique résoudra ou améliorera la/les contre-indication(s) et que le bénéficiaire sera finalement transplantable.

ET

- le bénéficiaire est plus jeune que 68 ans.

Le bénéficiaire entre en compte pour une intervention de l'assurance obligatoire prévue sous les prestations 180456 et 180471, quel que soit l'âge du bénéficiaire.

## 2.2. Critères d'exclusion

Destination therapy (DT):

bénéficiaire avec une assistance ventriculaire comme option thérapeutique définitive intentionnelle.

## 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

### 3.1. Définition

Pas d'application

### 3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445, le dispositif doit répondre au critère suivant :

Efficacité démontrée, après évaluation par la Commission, par une série d'au moins 40 bénéficiaires avec signalement de la survie jusque transplantation et/ou survie d'au moins 180 jours.

### 3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445, une garantie (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de 24 mois.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1 Première implantation

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456 et 180471 peuvent seulement faire objet d'une intervention de l'assurance obligatoire sur la base d'un rapport médical circonstancié et d'une inscription sur la liste d'attente d'Eurotransplant en cas de BTT

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, un rapport médical circonstancié et une preuve d'inscription sur la liste d'attente d'Eurotransplant en cas de BTT, ainsi que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-11 reprenant les caractéristiques de base et les données de suivi, et le consentement éclairé du bénéficiaire, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-11, qui reprend les caractéristiques de base, ait été complété via l'application en ligne dans les 30 jours après l'implantation.

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

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de ce registre en ligne, les données visées au formulaire F-Form-I-11 sont gardées par chaque établissement hospitalier (cfr point 1) et transmises à la BACTS pour les statistiques visées au point 6 selon les discussions entre la BACTS et les établissements hospitaliers.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de ce registre en ligne, pour les 60 premiers dispositifs, les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation auprès du Service des Soins de Santé sur la base du formulaire F-Form-I-12, entièrement complété et signé par le médecin-implanteur.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire de notification F-Form-I-12 ait été soumis au Service de Soins de Santé endéans les 30 jours après l'implantation.

Les modalités de notification et la façon selon laquelle cette notification est transmise au Service des Soins de Santé sont établies par le Service des Soins de Santé.

Le Service des Soins de Santé tient un compteur par année civile et informe les médecins-spécialistes implanteurs, les pharmaciens hospitaliers et les organismes assureurs quand 55 et 60 dispositifs ont été notifiés.

Si le nombre de 60 dispositifs est atteint, les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après l'accord du Collège des médecins-directeurs, et ce indépendamment de l'entrée en vigueur du registre en ligne.

La demande de remboursement pour les interventions 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 ou 180434-180445 est fournie dans les deux mois après implantation par le médecin-spécialiste implanteur simultanément au Collège des médecins-directeurs, et à la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement dans les deux mois qui suivent la date de réception du dossier au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

Si le nombre de 60 dispositifs est atteint, le compteur, corrigé par le nombre de demandes approuvées, est simultanément communiqué au médecin spécialiste et au pharmacien hospitalier.

Les autres centres qui ont adhéré sont également avisés par mail du chiffre du compteur.

Le dossier de demande contient :

- un rapport médical détaillé rédigé par le médecin-spécialiste qui a placé le matériel;
- une preuve d'inscription sur la liste d'attente Eurotransplant en cas de BTT
- F-Form-I-13, complété par le médecin-spécialiste implanteur.

Pour les bénéficiaires qui ont reçu un "bridge to decision", le médecin-spécialiste implanteur envoie, à la demande du Collège des médecins-directeurs, une mise à jour du statut de transplantabilité sur la base du formulaire d'inscription d'Eurotransplant au Collège des médecins-directeurs.

Pour les prestations 180456 et 180471 aucune notification ou demande d'intervention ne doit être introduite.

## **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée pour les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445.

Si un remplacement est exigé en raison d'un problème lié au patient au cours des six premiers mois suivant l'implantation, il n'y a pas d'intervention de la part de l'assurance maladie obligatoire et les coûts du dispositif ne peuvent pas être portés en compte au bénéficiaire.

## **4.3 Remplacement anticipé**

Pas d'application

## **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

## 5.2. Autres règles

### 5.2.1 Nombre de dispositifs

Le nombre d'interventions pour les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 qui doivent seulement être notifiées sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication.

Le nombre de dispositifs qui sont implantés chez les bénéficiaires dans l'indication BTM ne peut pas représenter plus de 50% du total des dispositifs qui sont remboursés.

Si les 50% sont dépassés pour l'indication BTM, tous les établissements de soins et les organismes assureurs en sont informés et les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent plus faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire pour cette indication durant un trimestre.

### 5.2.2 Les prestations ambulatoires

Le montant de l'intervention pour les prestations 180456 et 180471 doit être considéré comme un montant forfaitaire et couvre aussi l'entretien, l'utilisation, la location, la réparation et le remplacement de tous les composants.

Les prestations 180456 et 180471 peuvent être attestées au maximum une fois par mois.

La prestation 180456 peut être attestée pendant les 12 premiers mois de l'assistance, pour lesquels la période de 12 mois sera comptée dès le premier jour après la sortie de l'établissement hospitalier après l'hospitalisation durant laquelle le bénéficiaire a été implanté avec le matériel visé par les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445.

La prestation 180471 peut être attestée quand la période de 12 mois qui s'applique pour la prestation 180456 est révolue.

## 5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

## 6. Résultats et statistiques

Tous les 2 ans, le BACTS rédige un rapport.

Ce rapport comprend au minimum les éléments suivants :

- Le nombre d'implantations (total et par centre)
- Le type de cardiopathie
- Les données démographiques du patient (âge, sexe)
- Le matériel utilisé
- Le résultat : sevrage, transplantation ou décès
- Date de sortie de l'hôpital après implantation
- Durée totale de l'assistance jusqu'au sevrage, à la transplantation ou au décès

Ce rapport concerne tous les bénéficiaires implantés avec le matériel pour l'assistance ventriculaire dès la date d'entrée en vigueur du remboursement.

## 7. Divers

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

Si, sur la base du rapportage du nombre de dispositifs, il s'avère que le nombre des dispositifs implantés pendant 12 mois pourrait être supérieur à 75, une réunion doit être organisée avec la Commission, les centres planteurs et la BACTS.

Ce nombre sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication.

|        |        |
|--------|--------|
| 181915 | 181926 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 181930 | 181941 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants pour l'occlusion chirurgicale de l'auricule gauche, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181915-181926 et 181930-181941 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:

La prestation doit être effectuée dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément complet pour le programme de soins « pathologie cardiaque B », accordé par l'autorité compétente.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 181915-181926 et 181930-181941 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

le bénéficiaire souffre de fibrillation auriculaire

ET

le risque thromboembolique du bénéficiaire est élevé ( $CHA_2DS_2-VASc \geq 2$ )

ET

le bénéficiaire subit simultanément une intervention cardiaque qui correspond à une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229515-229526, 229530-229541, 229574-229585, 229596-229600, 229611-229622 ou 229633-229644.

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 181915-181926 et 181930-181941 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 implant pour l'occlusion chirurgicale de l'auricule gauche (181915-181926 et 181930-181941) ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

Il a été démontré dans une ou plusieurs études prospectives publiées dans un journal international peer-reviewed qui ensemble totalisent au moins 100 patients inclus et avec un taux de suivi de 80% ou plus, qu'au-delà des trois mois suivant l'intervention le taux d'occlusion de l'auricule gauche est de 95% ou plus.

#### 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 181915-181926 et 181930-181941 ne sont pas cumulables entre elles.

#### 5.2 Autres règles

Les prestations 181915-181926 et 181930-181941 ne peuvent être attestées que lorsque l'implant pour l'occlusion chirurgicale de l'auricule gauche a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229515-229526,

229530-229541, 229574-229585, 229596-229600, 229611-229622 ou 229633-229644.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

## Prestations liées

181473 181484

181554 181565

183610

183632

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel d'assistance ventriculaire en cas de « destination therapy », il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181473-181484, 181554-181565, 183610 et 183632 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 un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins "pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et pulmonaire) " accordé par l'autorité compétente.

Le suivi (follow-up) des bénéficiaires dont le fonctionnement de l'appareil est contrôlé, doit se faire dans ces établissements hospitaliers.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 181473-181484, 181554-181565, 183610 et 183632 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

Destination therapy (DT)

- bénéficiaire avec une insuffisance cardiaque aiguë ou chronique qui n'entrera jamais en ligne de compte pour une transplantation cardiaque et qui, malgré toutes les options thérapeutiques possibles, le met en danger de mort.

ET

- l'espérance de vie estimée est au moins de deux ans.

ET

- le bénéficiaire se trouve dans la catégorie INTERMACS 3 ou 4.

#### 2.2 Critères d'exclusion

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 181473-181484 et 181554-181565 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1 Définition

Pas d'application

#### 3.2 Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 181473-181484 et 181554-181565, le dispositif doit répondre au critère suivant :

Efficacité démontrée, après évaluation par la Commission, par une série d'au moins 40 bénéficiaires avec signalement de la survie jusque transplantation et/ou survie d'au moins 180 jours.

### **3.3 Conditions de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 181473-181484 et 181554-181565, une garantie (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de 24 mois.

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1 Première implantation**

Pas d'obligations administratives.

### **4.2 Remplacement**

Si un remplacement est exigé en raison d'un problème lié au patient au cours des six premiers mois suivant l'implantation, il n'y a pas d'intervention de la part de l'assurance maladie obligatoire et les coûts du dispositif ne peuvent pas être portés en compte au bénéficiaire.

### **4.3 Remplacement anticipé**

Pas d'application.

### **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application.

### **5.2 Autres règles**

Le montant de l'intervention pour les prestations 183610 et 183632 doit être considéré comme un montant forfaitaire et couvre aussi l'entretien, l'utilisation, la location, la réparation et le remplacement de tous les composants

Les prestations 183610 et 183632 peuvent être attestées au maximum une fois par mois.

La prestation 183610 peut être attestée pendant les 12 premiers mois de l'assistance, pour lesquels la période de 12 mois sera comptée dès le premier jour après la sortie de l'établissement hospitalier après l'hospitalisation durant laquelle le bénéficiaire a été implanté avec le matériel visé par les prestations 181473-181484 et 181554-181565.

La prestation 183632 peut être attestée quand la période de 12 mois qui s'applique pour la prestation 183610 est révolue.

### **5.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Divers**

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

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux enveloppes antibactériennes résorbables, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 184015-184026 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier dispose d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » P tel que fixé par l'autorité compétente.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 184015-184026 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à un des critères suivants :

- Bénéficiaire avec un antécédent documenté d'infection de son stimulateur cardiaque ou de son défibrillateur cardiaque ;

ou

- Bénéficiaire immunodéprimé défini comme suit :

- sous traitement actif par chimiothérapie ;

ou

- présentant une infection à VIH non traitée avec un taux de CD4 < 200/μL ;

ou

- présentant un déficit immunitaire primaire, diagnostiqué par un spécialiste ;

ou

- sous traitement par Méthylprednisolone > 16 mg/jour pendant > 2 semaines ;

ou

- sous traitement immunosuppresseur suite à une greffe d'organe ;

ou

- Bénéficiaire implanté (primo implantation et remplacement) d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur cardiaque, ayant un score de risque PADIT ≥ 7 points ;

ou

- Bénéficiaire implanté (primo implantation et remplacement) d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur cardiaque, ayant un score de risque PADIT ≥ 6 en cas de :

- Heparin bridging ;

ou

- utilisation d'une sonde épiscopique ;

ou

- utilisation d'une batterie de stimulateur cardiaque ou de défibrillateur cardiaque placée au niveau abdominal ;

ou

- BPCO au stade GOLD 3 ou 4 ;

ou

- Bénéficiaire ayant une insuffisance rénale terminale et subissant une hémodialyse permanente ;

ou

- Bénéficiaire présentant un hématome de poche nécessitant une réintervention à l'exclusion du jour même de l'implantation.

### **3. Critères concernant le dispositif**

La prestation 184015-184026 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

#### **3.1. Définition**

L'enveloppe antibactérienne résorbable est fabriquée en treillis tressé multifilament résorbable imprégné d'antibiotique(s) et est conçue pour limiter le risque d'infection lors de l'implantation d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur cardiaque.

#### **3.2. Critères**

Une enveloppe antibactérienne résorbable ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

Avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum, avec un suivi de 12 mois minimum et dans un groupe d'étude de patients présentant un risque élevé d'infection,

- soit qu'il n'est pas moins efficace que les dispositifs qui se trouvent déjà sur la liste nominative ;
- soit qu'il est plus efficace que les stratégies standard de prévention des infections (traitements prophylaxiques) seules.

#### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application.

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation**

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à une des indications susmentionnées, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.2. Remplacement**

Pas d'application.

#### **4.3. Remplacement anticipé**

Pas d'application.

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

## G. Chirurgie vasculaire

### G.1 Matériel de dilatation avec ou sans tuteur(s) périphérique(s) couvert(s) ou non-couvert(s)

#### G.1.1 Matériel de dilatation avec un (des) tuteur(s) périphérique(s) couvert(s) ou non-couvert(s)

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160510 - 160521**

Matériel de dilatation et tuteur(s) utilisés lors de la prestation 589352 - 589363 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.685,56 € | <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>     | 1.685,56 € |

**Conditions de remboursement :** G-§01

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160532 - 160543**

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mesentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.321,93 € | <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>     | 1.321,93 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160554 - 160565**

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mesentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.800,16 € | <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>     | 1.800,16 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160576 - 160580**

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.321,93 € | <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>     | 1.321,93 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160591 - 160602**

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.800,16 € | <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>     | 1.800,16 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160613 - 160624**

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.321,93 € | <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>     | 1.321,93 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160635 - 160646**

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.800,16 € | <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>     | 1.800,16 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160650 - 160661**

Ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) utilisés lors d'une revascularisation veineuse

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.264,17 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /          | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.264,17 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/11/2016

**182011 - 182022**

Ensemble de matériel de dilatation et de drug-eluting stent(s) utilisés lors de la revascularisation des artères fémoro-poplitées au-dessus du genou

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

36003

*Base de remboursement*

1.485,70 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.485,70 €

**Conditions de remboursement :**

G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/11/2016

**182033 - 182044**

Ensemble de matériel de dilatation et de drug-eluting stent(s) utilisés lors de la revascularisation des artères fémoro-poplitées au-dessus du genou du côté contralatéral

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

36003

*Base de remboursement*

1.485,70 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.485,70 €

**Conditions de remboursement :**

G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/04/2017

**180235 - 180246**

Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée, en combinaison avec un ou plusieurs tuteur(s)

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

36105

*Base de remboursement*

1.485,70 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.485,70 €

**Conditions de remboursement :**

G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/04/2017

**180250 - 180261**

Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée controlatérale, en combinaison avec un ou plusieurs tuteur(s)

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

36105

*Base de remboursement*

1.485,70 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.485,70 €

**Conditions de remboursement :**

G-§02

## G. Chirurgie vasculaire

### G.1.2 Matériel de dilatation sans tuteur périphérique

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160672 - 160683**

Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mésentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 389,14 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 389,14 €

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160694 - 160705**

Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 389,14 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 389,14 €

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**160716 - 160720**

Ensemble du matériel de dilatation et de revascularisation utilisé lors d'une revascularisation infra-poplité pour ischémie critique des membres inférieures chez des patients avec des lésions ulcératives qui ne guérissent pas ou des douleurs de repos nocturnes, par technique laser

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 1.688,52 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.688,52 €

**Conditions de remboursement :** G-§03

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160731 - 160742**

Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 389,14 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 389,14 €

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**160753 - 160764**

Ensemble du matériel de dilatation utilisé lors d'une revascularisation veineuse

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 358,17 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 358,17 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/04/2017

**180191 - 180202**

Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée

**Catégorie de remboursement :** II.E.a **Liste Nom.** 36105

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.485,70 € | <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>     | 1.485,70 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/04/2017

**180213 - 180224**

Ensemble du matériel de dilatation et un ou plusieurs drug-coated ballon(s), utilisé lors de la revascularisation de l'artère fémorale superficielle et/ou poplitée controlatérale

**Catégorie de remboursement :** II.E.a **Liste Nom.** 36105

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.485,70 € | <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>     | 1.485,70 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

---

### G.2 Matériel de thrombectomie ou embolectomie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160775 - 160786**

Sonde de type Fogarty pour embolectomie, par pièce

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 74,70 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 74,70 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160790 - 160801**

Sonde de type Fogarty pour thrombectomie, par pièce

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 118,71 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 118,71 € |

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2017

**182136 - 182140**

Un ou plusieurs thrombus retrievers utilisés lors d'une procédure de thrombectomie mécanique intracrânienne endovasculaire en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 4.457,25 € | <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>     | 4.457,25 € |

**Conditions de remboursement :** G-§10

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2017

**182151 - 182162**

Ensemble du matériel nécessaire à l'extraction endovasculaire d'un thrombus par aspiration, ou nécessaire à l'utilisation d'un thrombus retriever lors d'une procédure de thrombectomie mécanique intracrânienne endovasculaire, en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2.971,50 € | <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>     | 2.971,50 € |

**Conditions de remboursement :** G-§10

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2017

**182173 - 182184**

Ensemble du matériel de dilatation et tuteur éventuel utilisé lors d'un traitement endovasculaire d'une constriction artérielle proximale, afin d'avoir un accès pour une extraction endovasculaire d'un thrombus intracrânien, en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 891,45 € | <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>     | 891,45 € |

**Conditions de remboursement :** G-§10

### G.3 Prothèses vasculaires

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160812 - 160823**

Grefe vasculaire utilisée pour un by-pass fémoro-poplité (au-dessus du genou)

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 793,20 € | <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>     | 793,20 € |

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160834 - 160845**

Greffe vasculaire utilisée pour un cross-over fémoro-fémorale

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 743,63 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 743,63 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160856 - 160860**

Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass fémoro-distal

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.214,59 € | <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>     | 1.214,59 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160871 - 160882**

Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass axillo-fémoral

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.214,59 € | <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>     | 1.214,59 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160893 - 160904**

Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-iliaque

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 594,90 € | <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>     | 594,90 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160915 - 160926**

Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass aorto-fémoral

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 594,90 € | <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>     | 594,90 € |

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160930 - 160941**

Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass ilio-fémoral

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 594,90 € | <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>     | 594,90 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160952 - 160963**

Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique < 15 cm

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 594,90 € | <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>     | 594,90 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160974 - 160985**

Greffe vasculaire utilisée pour un by-pass thoracique > et = 15 cm

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 941,93 € | <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>     | 941,93 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**160996 - 161000**

Greffe vasculaire type Valsalva avec ou sans ramification

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.685,56 € | <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>     | 1.685,56 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161011 - 161022**

Greffe vasculaire avec une ou deux ramifications

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.288,96 € | <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>     | 1.288,96 € |

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

### 161033 - 161044

Greffe vasculaire avec trois ou quatre ramifications

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.685,56 € | <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>     | 1.685,56 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

### 161055 - 161066

Greffe de bifurcation

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 793,20 € | <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>     | 793,20 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

### 161070 - 161081

Prothèse d'accès pour hémodialyse

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 495,76 € | <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>     | 495,76 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

### 161092 - 161103

Greffe vasculaire droite utilisée pour un by-pass vasculaire, qui n'est pas défini dans les prestations 160812-160823, 160834-160845, 160856-160860, 160871-160882, 160893-160904, 160915-160926, 160930-160941, 160952-160963, 160974-160985, 160996-161000, 161011-161022, 161033-161044, 161055-161066 et 161070-161081

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 594,90 € | <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>     | 594,90 € |

## G. Chirurgie vasculaire

### G.4 Endoprothèses

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

#### 161114 - 161125

Endoprothèse de bifurcation avec segment contralatéral, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32701

*Base de remboursement*

4.792,07 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.792,07 €

**Conditions de remboursement :** G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

#### 161136 - 161140

Endoprothèse de bifurcation avec segment contralatéral et extensions iliaques et/ou aortiques, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32701, 32704, 32705

*Base de remboursement*

5.784,96 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

5.784,96 €

**Conditions de remboursement :** G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

#### 161151 - 161162

Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec ou sans bouchon d'occlusion, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32702, 32703

*Base de remboursement*

4.255,54 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.255,54 €

**Conditions de remboursement :** G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

#### 161173 - 161184

Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec ou sans bouchon d'occlusion et extensions iliaques et/ou aortiques, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32702, 32703, 32704,  
32705

*Base de remboursement*

5.562,47 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

5.562,47 €

**Conditions de remboursement :** G-§04

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161195 - 161206**

Endoprothèse aortique abdominale droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32706

*Base de remboursement*

2.700,98 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

2.700,98 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161210 - 161221**

Endoprothèse iliaque droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32709

*Base de remboursement*

1.467,43 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.467,43 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161232 - 161243**

Une endoprothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus, utilisée dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32708

*Base de remboursement*

6.098,99 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

6.098,99 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161254 - 161265**

Une endoprothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus et une endoprothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32707, 32708

*Base de remboursement*

8.712,85 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

8.712,85 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161276 - 161280**

Une endoprothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm, utilisée dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32707

*Base de remboursement*

4.356,43 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.356,43 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161291 - 161302**

Deux endoprothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32707

*Base de remboursement*

6.970,28 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

6.970,28 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161313 - 161324**

Trois endoprothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32707

*Base de remboursement*

8.712,85 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

8.712,85 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161335 - 161346**

Deux endoprothèses aortiques thoraciques droites : 15 cm ou plus, utilisées dans le cadre de la prestation 589632-589643 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32708

*Base de remboursement*

8.712,85 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

8.712,85 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161350 - 161361**

Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'artère iliaque pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32704

*Base de remboursement*

1.467,43 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.467,43 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161372 - 161383**

Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'aorte abdominale pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32705

*Base de remboursement*

1.306,94 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.306,94 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161394 - 161405**

Endoprothèse iliaque droite, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32709

*Base de remboursement*

1.467,43 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.467,43 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161416 - 161420**

Une endoprothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm, utilisée dans le cadre de la prestation 589654-589665 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32707

*Base de remboursement*

4.356,43 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.356,43 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161431 - 161442**

Endoprothèse aortique thoracique hybride : 10 cm ou plus avec une greffe vasculaire branchée ou non-branchée, utilisée à l'occasion des prestations 229014-229025, 229316-229320, 229530-229541, 229596-229600, 229272-229283, 236014-236025, 236036-236040 ou 236051-236062 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32710

*Base de remboursement*

9.508,80 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

9.508,80 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**161453 - 161464**

Endoprothèse aortique droite : 15 cm ou plus avec un prolongement en polyester, utilisée à l'occasion des prestations 237016-237020, 237053-237064 ou 237075-237086 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32710

*Base de remboursement*

6.098,99 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

6.098,99 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/06/2020

Date première publication :  
1/05/2016

**172690 - 172701**

Endoprothèse fenêtrée et/ou multibranches pour le traitement d'un anévrisme abdominal ou thoracique

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32711, 32704, 32705

*Base de remboursement*

16.640,40 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

16.640,40 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

Date dernière modification : 1/06/2020

Date première publication :  
1/05/2016

**172712 - 172723**

Tuteur couvert utilisé au niveau de la branche ou fenêtre d'une endoprothèse fenêtrée ou multibranches

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

1.485,75 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.485,75 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/04/2018

**180493 - 180504**

Extension de bifurcation iliaque, en combinaison avec une extension supplémentaire ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32712

*Base de remboursement*

3.958,10 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

3.958,10 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/04/2018

**180515 - 180526**

Extension de bifurcation iliaque, en combinaison avec une extension supplémentaire ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée du côté controlatéral dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32712

*Base de remboursement*

3.958,10 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

3.958,10 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/06/2020

**180854 - 180865**

Endoprothèse de bifurcation iliaque isolée, en combinaison avec une extension supplémentaire ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32713

*Base de remboursement*

3.958,10 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

3.958,10 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

Date dernière modification : 1/05/2021

Date première publication :  
1/06/2020

**180876 - 180880**

Endoprothèse de bifurcation iliaque isolée, en combinaison avec une extension supplémentaire ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée du côté controlatéral dans le cadre de la prestation 589610-589621 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

32713

*Base de remboursement*

3.958,10 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

3.958,10 €

**Conditions de remboursement :**

G-§04

## G. Chirurgie vasculaire

### G.5 Matériel d'embolisation

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**161490 - 161501**

Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589131 - 589142 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

665,17 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

665,17 €

**Conditions de remboursement :** G-§01,G-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**161512 - 161523**

Cathéter(s) et matériel d'embolisation lors de la prestation 589411 - 589422 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

307,01 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

307,01 €

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174016 - 174020**

Ensemble du matériel de cathétérisme de base pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par point de ponction, pour un abord percutané

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

281,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

281,00 €

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174031 - 174042**

Ensemble du matériel de cathétérisme de base pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire avec une configuration triaxiale et à l'aide d'un cathéter intermédiaire « distal access », par point de ponction, pour un abord percutané

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

954,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

954,00 €

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174053 - 174064**

Premier microcathéter et accessoires pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.279,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.279,00 €

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174090 - 174101**

Premier microcathéter et accessoires utilisés lors d'une embolisation avec du matériel solidifiant, dans la région encéphalique ou médullaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.365,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.365,00 €

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174112 - 174123**

Microcathéter et accessoires utilisés lors d'une embolisation avec du matériel solidifiant, dans la région encéphalique ou médullaire, par microcathéter supplémentaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.080,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.080,00 €

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174134 - 174145**

Ballon de remodelage avec lumière simple, utilisé lors d'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement* 1.276,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.276,00 €

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174156 - 174160**

Ballon de remodelage avec lumière double, utilisé lors d'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.806,00 € | <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>     | 1.806,00 € |

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174171 - 174182**

Spire détachable pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.180,00 € | <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>     | 1.180,00 € |

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174193 - 174204**

Stent pour le support du matériel d'embolisation à hauteur du collet de l'anévrisme dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.E.a

**Liste Nom.** 37601

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 4.000,00 € | <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>     | 4.000,00 € |

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174215 - 174226**

Stent pour le support du matériel d'embolisation à hauteur du collet de l'anévrisme situé sur une bifurcation dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.E.a

**Liste Nom.** 37602

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 9.000,00 € | <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>     | 9.000,00 € |

**Conditions de remboursement :** G-§05

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174230 - 174241**

Système de diversion de flux ou dérivateur de flux intra-artériel ou intra-sacculaire (flow diverter ou flow disruptor) pour le remodelage du flux sanguin artériel à hauteur de l'anévrisme dans la région encéphalique ou médullaire, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

37603

*Base de remboursement*

13.900,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

13.900,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174252 - 174263**

Matériel non adhésif solidifiant et accessoires pour effectuer une embolisation d'une fistule artério-veineuse, malformation ou tumeur dans la région encéphalique ou médullaire, par kit

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

37604

*Base de remboursement*

850,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

850,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174274 - 174285**

Microparticules ou particules d'alcool polyvinylique pour effectuer une embolisation d'une fistule artério-veineuse, malformation ou tumeur dans la région encéphalique ou médullaire, par kit

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

37605

*Base de remboursement*

155,00 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

155,00 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174296 - 174300**

Un ou plusieurs thrombus retrievers pour l'évacuation d'un thrombus intracrânien apparu durant l'embolisation dans la région encéphalique ou médullaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

4.457,25 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.457,25 €

**Conditions de remboursement :**

G-§05

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174311 - 174322**

Ensemble du matériel de dilatation et stent éventuel utilisés lors d'un traitement endovasculaire d'une constriction artérielle proximale, afin d'avoir un accès à une lésion à emboliser dans la région encéphalique ou médullaire

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 891,45 € | <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>     | 891,45 € |

**Conditions de remboursement :** G-§05

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/10/2019

**174075 - 174086**

Microcathéter et accessoires pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, à partir du deuxième microcathéter

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 932,00 € | <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>     | 932,00 € |

**Conditions de remboursement :** G-§05

### G.6 Cathéter pour la recanalisation d'une occlusion vasculaire

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**161534 - 161545**

Utilisation d'un ou plusieurs cathéters à l'occasion de la prestation 589175 - 589186 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 358,17 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 358,17 € |

**Conditions de remboursement :** G-§02

### G.7 Systèmes veineux centraux pour usage prolongé

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161556 - 161560**

Cathéter veineux central tunnalisé simple ou multi-lumière, de type Hickman-Broviac pour usage prolongé, y compris le matériel d'introduction

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 168,55 € | <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>     | 168,55 € |

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161571 - 161582**

Cathéter veineux central tunnalisé pour dialyse, de type Hickman-Broviac pour utilisation prolongée, y compris le matériel d'introduction

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 228,04 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 228,04 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161593 - 161604**

Cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICC) pour utilisation prolongée, y compris le matériel d'introduction

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 69,40 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 69,40 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161615 - 161626**

Réservoir implantable avec une ou deux chambres avec cathéters, pour injections transcutanées répétées, pour injections intraveineuses, intra-artérielles, épidurales, intrathécales ou intrapéritonéales, y compris le matériel d'introduction

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 297,45 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 297,45 €

---

### G.8 Vascular closure device

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161630 - 161641**

Implant et accessoires pour la fermeture percutanée de la paroi artérielle après une procédure endovasculaire thérapeutique, par session opératoire

**Catégorie de remboursement :**

I.D.d

*Base de remboursement* 148,72 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 55,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 81,79 €

*Montant du remboursement* 66,93 €

## G. Chirurgie vasculaire

### G.9 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

#### G.9.1 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation d'une artère des membres

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**161652 - 161663**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 235115-235126 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                       |          |                         |                              |          |
|-----------------------|----------|-------------------------|------------------------------|----------|
| Base de remboursement | 340,77 € | Marge de sécurité (%) / | Intervention personnelle (%) | 25,00%   |
| Prix plafond/ maximum | /        | Marge de sécurité (€) / | Intervention personnelle (€) | 85,19 €  |
|                       |          |                         | Montant du remboursement     | 255,58 € |

**Conditions de remboursement :** G-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**161674 - 161685**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 235211-235222 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                       |          |                         |                              |          |
|-----------------------|----------|-------------------------|------------------------------|----------|
| Base de remboursement | 340,77 € | Marge de sécurité (%) / | Intervention personnelle (%) | 25,00%   |
| Prix plafond/ maximum | /        | Marge de sécurité (€) / | Intervention personnelle (€) | 85,19 €  |
|                       |          |                         | Montant du remboursement     | 255,58 € |

**Conditions de remboursement :** G-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/08/2017

**180316 - 180320**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la revascularisation d'une artère des membres inférieurs par pontage in situ

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                       |          |                         |                              |          |
|-----------------------|----------|-------------------------|------------------------------|----------|
| Base de remboursement | 340,77 € | Marge de sécurité (%) / | Intervention personnelle (%) | 25,00%   |
| Prix plafond/ maximum | /        | Marge de sécurité (€) / | Intervention personnelle (€) | 85,19 €  |
|                       |          |                         | Montant du remboursement     | 255,58 € |

**Conditions de remboursement :** G-§08

---

#### G.9.2 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation d'une seule artère abdominale, d'un pontage aortofémoral, aorto-iliaque ou iliaque

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**161696 - 161700**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 237090-237101 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                       |          |                         |                              |          |
|-----------------------|----------|-------------------------|------------------------------|----------|
| Base de remboursement | 340,77 € | Marge de sécurité (%) / | Intervention personnelle (%) | 25,00%   |
| Prix plafond/ maximum | /        | Marge de sécurité (€) / | Intervention personnelle (€) | 85,19 €  |
|                       |          |                         | Montant du remboursement     | 255,58 € |

**Conditions de remboursement :** G-§08

---

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**161711 - 161722**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 237171-237182 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 340,77 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 85,19 €

*Montant du remboursement* 255,58 €

**Conditions de remboursement :** G-§08

---

### G.9.3 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une opération sur le coeur ou les gros vaisseaux intrathoraciques

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**161733 - 161744**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229014 - 229025 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 340,77 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 85,19 €

*Montant du remboursement* 255,58 €

**Conditions de remboursement :** G-§08

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**161755 - 161766**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229515 - 229526 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 340,77 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 85,19 €

*Montant du remboursement* 255,58 €

**Conditions de remboursement :** G-§08

---

### G.9.4 Matériel pour le prélèvement endoscopique de la grande veine saphène utilisé lors d'une revascularisation myocardique

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**161770 - 161781**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229574 - 229585 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

*Base de remboursement* 340,77 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 85,19 €

*Montant du remboursement* 255,58 €

**Conditions de remboursement :** G-§06, G-§08

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**161792 - 161803**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229611 - 229622 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 340,77 € | <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> | 85,19 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 255,58 € |

**Conditions de remboursement :** G-§08

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**161814 - 161825**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229633 - 229644 de la nomenclature, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 340,77 € | <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> | 85,19 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 255,58 € |

**Conditions de remboursement :** G-§08

### G.10 Cathéter en vue de l'évacuation des collections profondes

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161836 - 161840**

Sonde de drainage à double voie utilisée lors de la prestation 589234 - 589245 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 102,34 € | <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>     | 102,34 € |

### G.11 Filtre de veine cave

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161851 - 161862**

Filtre endovasculaire de veine cave mis en place par voie percutanée, y compris le matériel utilisé lors du placement

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 594,90 € | <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>     | 594,90 € |

## G. Chirurgie vasculaire

### G.12 Patches

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161873 - 161884**

Patch pour angioplastie

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                       |          |                         |                              |          |
|-----------------------|----------|-------------------------|------------------------------|----------|
| Base de remboursement | 148,72 € | Marge de sécurité (%) / | Intervention personnelle (%) | 0,00%    |
| Prix plafond/ maximum | /        | Marge de sécurité (€) / | Intervention personnelle (€) | 0,00 €   |
|                       |          |                         | Montant du remboursement     | 148,72 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161895 - 161906**

Feutre en PTFE (polytétrafluoréthylène)

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

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

### G.13 Matériel pour le traitement des varices des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161910 - 161921**

Ensemble du matériel utilisé lors d'un traitement complet endoveineux unilatéral ou bilatéral des varices des membres inférieurs avec laser ou radiofréquence lors des prestations 238173-238184, 238210-238221 ou 238276-238280 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                       |          |                         |                              |          |
|-----------------------|----------|-------------------------|------------------------------|----------|
| Base de remboursement | 255,84 € | Marge de sécurité (%) / | Intervention personnelle (%) | 55,00%   |
| Prix plafond/ maximum | /        | Marge de sécurité (€) / | Intervention personnelle (€) | 140,71 € |
|                       |          |                         | Montant du remboursement     | 115,13 € |

**Conditions de remboursement :** G-§07

### G.14 Neurostimulateurs et accessoires

#### G.14.1 Neurostimulateurs et accessoires en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/12/2014

**171216 - 171220**

Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmeur patient inclus

**Catégorie de remboursement :** I.A.a

**Liste Nom.** 32801

|                       |            |                         |                              |            |
|-----------------------|------------|-------------------------|------------------------------|------------|
| Base de remboursement | Liste Nom. | Marge de sécurité (%) / | Intervention personnelle (%) | 0,00%      |
| Prix plafond          | 5.266,74 € | Marge de sécurité (€) / | Intervention personnelle (€) | 0,00 €     |
|                       |            |                         | Montant du remboursement     | Liste Nom. |

**Conditions de remboursement :** G-§09

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/12/2014

**171231 - 171242**

Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmeur patient inclus

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

G-§09

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/12/2014

**171253 - 171264**

Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmeur patient inclus

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.266,74 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

G-§09

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/12/2014

**171275 - 171286**

Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation unilatérale (un canal), le programmeur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32801

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*5.266,74 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

G-§09

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/12/2014

**171290 - 171301**

Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmeur patient inclus

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*9.169,81 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

G-§09

## G. Chirurgie vasculaire

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/12/2014

**171312 - 171323**

Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, pour stimulation bilatérale (deux canaux), le programmeur patient inclus, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

32802

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

9.169,81 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

G-§09

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/04/2015

**171916 - 171920**

Ensemble des électrodes et extensions implantées, pour placement chirurgical ou percutané, pour stimulation des cordons postérieurs de la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, par intervention

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

1.089,55 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.089,55 €

**Conditions de remboursement :**

G-§09

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/04/2015

**171931 - 171942**

Ensemble des électrodes et extensions en cas de stimulation d'essai négative, pour placement chirurgical ou percutané, pour stimulation des cordons postérieurs à la moëlle épinière à l'exclusion de toutes autres cibles en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, par intervention

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

1.089,55 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.089,55 €

**Conditions de remboursement :**

G-§09

---

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/04/2015

**171953 - 171964**

Ensemble des extensions de remplacement implantées pour neurostimulation en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, par intervention

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

169,38 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

169,38 €

**Conditions de remboursement :**

G-§09

## G. Chirurgie vasculaire

### G.15 Extraction d'un corps étranger libre intravasculaire ou intracardiaque

Date dernière modification : 1/09/2019

Date première publication :  
1/09/2019

**174333 - 174344**

Un ou plusieurs cathéter(s) d'extraction avec un diamètre extérieur distal supérieur ou égal à 4 French utilisé(s) lors de la prestation 589816-589820 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 393,66 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 393,66 €

**Conditions de remboursement :** G-§11

---

Date dernière modification : 1/09/2019

Date première publication :  
1/09/2019

**174355 - 174366**

Un ou plusieurs cathéter(s) d'extraction avec un diamètre extérieur distal inférieur à 4 French utilisé(s) lors de la prestation 589816-589820 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 790,61 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 790,61 €

**Conditions de remboursement :** G-§11

---

# Conditions de remboursement

G-§01

Prestations liées

160510

160521

161490

161501

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les dispositifs visés par les prestations 160510-160521 et 161490-161501, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation**

**5.1. Règles de non-cumul**

Lors de la réalisation simultanée d'une embolisation des varices oesophagiennes, les prestations 160510-160521 et 161490-161501 peuvent être cumulées.

**5.2. Autres règles**

Pas d'application

**5.3. Dérogation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 160532 | 160543 |
| 160554 | 160565 |
| 160576 | 160580 |
| 160591 | 160602 |
| 160613 | 160624 |
| 160635 | 160646 |
| 160650 | 160661 |
| 160672 | 160683 |
| 160694 | 160705 |
| 160731 | 160742 |
| 160753 | 160764 |
| 161534 | 161545 |
| 180191 | 180202 |
| 180213 | 180224 |
| 180235 | 180246 |
| 180250 | 180261 |
| 182011 | 182022 |
| 182033 | 182044 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors de la revascularisation, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 160591-160602, 160554-160565 et 160635-160646 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants :

- rupture iatrogène ou rupture après traumatisme

ou

- dissections

ou

- faux anévrismes

ou

- anévrisme poplité, fémoral (cette indication ne vaut pas pour la prestation 160554-160565)

ou

- anévrisme iliaque avec un diamètre inférieur à 3 cm (cette indication ne vaut pas pour la prestation 160554-160565)

ou

- anévrisme de l'artère sous-clavière (cette indication ne vaut pas pour la prestation 160591-160602 )

ou

- fistules artério-veineuse pathologique

Les prestations 180191-180202 et 180213-180224 ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

- Après pré-dilatation, il n'y a aucun indicateur montrant que le placement d'un stent soit nécessaire.

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 182011-182022, 182033-182044, 180191-180202 et 180213-180224 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1 Définition

Par "drug-coated ballon", il faut comprendre un ballon endovasculaire qui est utilisé pour déposer un médicament antiprolifératif sur la paroi artérielle de la lésion

### **3.2. Critères**

**3.2.1.** Un drug-eluting stent y compris le système de placement ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'il répond aux critères suivants :

- avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique d'au moins 80 % établie par le protocole et avec un suivi de 12 mois minimum que le dispositif est supérieur à un stent en métal nu, et/ou n'est pas inférieur à un dispositif qui se trouve déjà sur la liste nominative,

et

- avoir démontré un profil de sécurité acceptable sur 200 patients minimum;

**3.2.2.** Un drug-coated ballon ne peut entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire pour une inscription que s'il répond aux critères suivants:

- En termes de risque de revascularisation, il a été démontré, dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique d'au moins 80 % établie par le protocole et un suivi d'au moins 12 mois, que le dispositif est supérieur à une dilatation par ballon classique, ou n'est pas inférieur à un dispositif comparable déjà inscrit sur la liste nominative

et

- a démontré un profil de sécurité acceptable sur 200 patients au minimum

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation**

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

#### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application.

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 160591-160602, 160554-160565, 160672-160683, 160576-160580, 160532-160543, 160694-160705, 160716-160720, 182011-182022, 180191-180202 et 180235-180246 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 160613-160624, 160731-160742, 160635-160646, 182033-182044, 180213-180224 et 180250-180261 ne sont pas cumulables entre elles.

La prestation 160650-160661 n'est pas cumulable avec la prestation 160753-160764.

La prestation 160716-160720 n'est pas cumulable avec la prestation 161534-161545.

#### **5.2. Autres règles**

Dans le libellé des prestations 160613-160624, 160731-160742 et 182033-182044, par "autre axe anatomique", il faut

comprendre un autre axe artériel ou la présence d'une articulation entre deux artères.

Les prestations 160613-160624 et 182033-182044 ne peuvent être attestées chacune qu'une seule fois si les stents sont utilisés lors de la revascularisation d'une artère contralatérale et de l'autre axe anatomique durant une seule session opératoire.

La prestation 160613-160624 ne peut-être attestée qu'une seule fois si les stents sont utilisés lors de la revascularisation des artères de deux axes anatomiques durant une seule session opératoire.

La prestation 160731-160742 ne peut être facturée qu'une seule fois si une dilatation a lieu lors de le revascularisation d'une artère contralatérale et de l'autre axe anatomique durant une seule session opératoire ou si une dilatation a lieu lors de la revascularisation des artères de deux axes anatomiques durant une seule session opératoire.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'ensemble du matériel de dilatation et de revascularisation utilisé lors d'une revascularisation infra-poplité pour ischémie critique des membres inférieures, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires****4.1. Première implantation**

Pour la prestation 160716-160720, le formulaire G-form-I-1 relatif à la pose de l'indication et au matériel utilisé doit être complété et signé par deux médecins spécialistes : un spécialiste en radiologie ou chirurgie vasculaire et un spécialiste en cardiologie ou médecine interne ou neurologie ou radiologie ou chirurgie vasculaire. Ces deux médecins spécialistes doivent avoir une spécialité différente et travailler dans le même centre. Les deux médecins prennent conjointement la responsabilité de la pose de l'indication.

Ce formulaire doit toujours être conservé avec la prescription dans le dossier médical du bénéficiaire.

**4.2. Remplacement**

Pas d'application

**4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

**4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 160716-160720 n'est pas cumulable avec les prestations 160591-160602, 160554-160565, 160672-160683, 161534-161545, 160694-160705, 160576-160580 et 160532-160543.

**5.2. Autres règles**

Pas d'application

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 161114 | 161125 |
| 161136 | 161140 |
| 161151 | 161162 |
| 161173 | 161184 |
| 161195 | 161206 |
| 161210 | 161221 |
| 161232 | 161243 |
| 161254 | 161265 |
| 161276 | 161280 |
| 161291 | 161302 |
| 161313 | 161324 |
| 161335 | 161346 |
| 161350 | 161361 |
| 161372 | 161383 |
| 161394 | 161405 |
| 161416 | 161420 |
| 161431 | 161442 |
| 161453 | 161464 |
| 172690 | 172701 |
| 172712 | 172723 |
| 180493 | 180504 |
| 180515 | 180526 |
| 180854 | 180865 |
| 180876 | 180880 |

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

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, 172690-172701, 172712-172723, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier est doté d'une formation solide et d'une expérience soutenue en matière de procédures endovasculaires et de traitement chirurgical d'un anévrisme aortique, d'un anévrisme iliaque et, le cas échéant, d'un anévrisme thoracique, et se profile comme tel à l'égard des médecins de renvoi et des patients.

L'intervention pour les prestations 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161416-161420, 161431-161442, 172690-172701 en 172712-172723 est en outre limitée aux établissements hospitaliers qui disposent de l'agrément complet pour le programme de soins "Pathologie cardiaque" B, accordé par l'autorité compétent du programme de soins "pathologie cardiaque".

Pour la prestation 172690-172701 l'établissement hospitalier doit disposer d'une salle d'opération hybride.

Celle-ci répond à toutes les exigences pour une salle d'opération et de radiologie interventionnelle et est pourvue au minimum d'un arceau (C-arm) fixe.

Les établissements hospitaliers doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire composée au minimum de deux chirurgiens équivalent temps plein (8/10) ayant une formation et expérience particulières en chirurgie vasculaire, ci-après dénommés

"chirurgiens vasculaires" et un radiologue équivalent temps plein (8/10) ayant une formation et expérience particulières en radiologie interventionnelle, ci-après dénommé "radiologue interventionnel".

Bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs établissements hospitaliers, ils ne pourront entrer en ligne de compte que dans un seul établissement hospitalier pour valider l'enregistrement en ligne.

Pour ce faire, le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste sur base du formulaire G-Form-II-1, mise à jour annuellement, avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier et l'enverra pour information à la Commission et au Conseil technique médical.

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement de ces prestations, l'établissement hospitalier doit, dans le courant de l'année x, avant le 1er novembre, communiquer au Service des Soins de Santé la composition de l'équipe.

Si l'établissement hospitalier satisfait à ces critères, il peut bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour ces prestations pendant un an, à partir du 1er janvier de l'année x+1 jusqu'au 31 décembre de l'année x+1 y compris.

Les modifications apportées à la composition de l'équipe dans le courant de l'année x+1 sont spontanément communiquées par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé.

Un établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis si, au sein de l'équipe multidisciplinaire, il n'y a plus deux chirurgiens vasculaires et/ou de radiologue interventionnel.

Dès l'instant où ceci est constaté, l'établissement hospitalier perd pendant trois mois le droit d'attester les prestations précitées.

Durant cette période, l'établissement hospitalier peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne font plus l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire et ce jusqu'au moment où l'établissement hospitalier satisfait de nouveau à ces critères et en a informé le Service des Soins de Santé.

Le suivi étant inclus dans une prestation effectuée selon les règles de l'art, sa réalisation est une condition dans le cadre de l'expérience soutenue d'un établissement hospitalier.

Lorsque l'intervention est effectuée par un radiologue interventionnel, un chirurgien vasculaire doit être immédiatement disponible pour intervenir en cas de complications.

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, 172690-172701, 172712-172723, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

### **2.1. Indications**

Le diamètre est mesuré en travers de l'axe longitudinal de l'anévrisme à l'aide d'un CT scan ou d'une résonance magnétique.

**2.1.1.** pour les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 :

1) Anévrisme aortique abdominal infrarénal

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes;

ou

- anévrisme fusiforme de l'aorte d'un diamètre de 4,5 à 5,5 cm chez les bénéficiaires symptomatiques souffrant de douleurs dorsales et abdominales avec anévrisme palpatoire et douloureux ou dans le cas d'une anamnèse familiale d'anévrisme (parents du premier degré);

ou

- anévrisme de l'artère iliaque d'un diamètre supérieur à 3,5 cm, sans collet proximal;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant) nonobstant le diamètre;

ou

- rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

b) L'anévrisme remplit les critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

et

- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

et

- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible.

c) Sont exclus les anévrismes :

- dont le collet proximal présente une angulation supérieure à 70° et/ou des calcifications circulaires importantes;

ou

- qui présentent des tortuosités et calcifications iliaques entraînant l'impossibilité de placement du dispositif d'introduction.

## 2) Anévrisme de l'artère iliaque

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme iliaque isolé d'un diamètre supérieur à 3,5 cm avec une zone d'amarrage proximale et distale, rendant possible l'utilisation d'une endoprothèse iliaque droite;

ou

- rupture d'anévrisme iliaque, nonobstant le diamètre.

ou

- anévrisme iliaque ou aorto-iliaque d'un diamètre supérieur à 3,5 cm sans zone d'amarrage distale dans l'artère iliaque commune mais avec une zone d'amarrage distale dans l'artère iliaque externe, rendant possible l'utilisation d'une endoprothèse bifurquée iliaque;

## 3) Anévrisme de l'aorte thoracique

### 3.1. Anévrisme de l'aorte descendante

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

ou

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

b) L'anévrisme répond aux critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1,5 cm (n'est pas exigé pour les prestations 161431-161442 et 161453-161464) et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

ou

- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 2 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

ou

- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible, sans tortuosités et/ou calcifications iliaques graves.

### 3.2 Anévrismes de l'aorte ascendante

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

ou

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

### 3.3 Anévrisme de l'arc aortique

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

ou

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

ou

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, suite à une dissection aiguë ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

4) Endoleak de type I ou endotension (avec croissance de l'anévrisme) après réparation endovasculaire d'un :

- anévrisme aortique abdominal;

- anévrisme iliaque;

- anévrisme thoracique

5) Une endoleak de type III à hauteur de l'aorte infrarénale est considéré comme un nouvel anévrisme.

#### 2.1.2. pour la prestation 172690-172701:

- Anévrisme aortique fusiforme juxtarénal (collet proximal sous l'artère rénale < 1cm) ou pararénal ou thoraco-abdominal ou thoracique avec un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes

- Anévrisme sacculaire (collet proximal sous l'artère rénale < 1cm) ; anévrisme vrai ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant ; de l'aorte descendante, juxtarénale ou pararénale nonobstant le diamètre

L'intervention est uniquement d'application pour le traitement d'un anévrisme aortique pararénal ou juxtarénal ou pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte descendante où l'irrigation de branches collatérales essentielles doit être maintenue.

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 161114-161125, 161136-161140, 161151-161162, 161173-161184, 161195-161206, 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442, 161453-161464, 172690-172701, 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif qui répond aux critères suivants:

#### 3.1. Définition

Pour la prestation 161114-161125:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre le tuteur de bifurcation, le segment contralatéral ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour la prestation 161136-161140:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre le tuteur de bifurcation, le segment contralatéral, les extensions iliaques et/ou aortiques, quel que soit leur nombre, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour la prestation 161151-161162:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre l'endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale, le bouchon d'occlusion s'il a été implanté, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour la prestation 161173-161184:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre l'endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale, le bouchon d'occlusion s'il a été implanté, les extensions iliaques et/ou aortiques, quel que soit leur nombre, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour les prestations 161195-161206, 161232-161243, 161276-161280, 161210-161221, 161350-161361, 161372-161383, 161416-161420, 161394-161405, 161431-161442 et 161453-161464:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre la prothèse, ainsi que tous les accessoires pour le placement de la prothèse.

Pour les prestations 161254-161265, 161291-161302, 161313-161324 et 161335-161346:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre les prothèses, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

Pour la prestation 172690-172701:

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre les endoprothèses, le segment contralatéral, les extensions iliaques et/ou aortiques éventuelles, quel que soit leur nombre, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

Pour les prestations 180493-180504 et 180515-180526 :

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre l'extension de bifurcation iliaque, l'extension ou tuteur couvert pour placement dans l'artère iliaque interne, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

Pour les prestations 180854-180865 et 180876-180880 :

L'intervention de l'assurance obligatoire couvre l'endoprothèse de bifurcation iliaque, l'extension ou tuteur couvert pour placement dans l'artère iliaque interne, ainsi que tous les accessoires pour le placement des prothèses.

### **3.2. Critères**

Pas d'application

### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation**

Les résultats d'imagerie médicale qui ont servi à établir l'indication ainsi que les documents de suivi doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 161232-161243, 161254-161265, 161276-161280, 161291-161302, 161313-161324, 161335-161346, 161416-161420, 172690-172701, 180493-180504 et 180854-180865 ne peuvent être attestées qu'une fois par hospitalisation et ne peuvent pas être cumulées entre elles.

La prestation 172690-172701 n'est pas cumulable avec les prestations 160532 - 160543, 160554 - 160565, 160613 - 160624 ou 160635 - 160646.

Les prestations 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 et 180876-180880 ne sont pas cumulables avec les prestations 160532 - 160543, 160554 - 160565, 160613 - 160624, 160635 - 160646 ou 161136 - 161140.

La prestation 172712-172723 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 172690-172701.

La prestation 180515-180526 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 180493-180504.

La prestation 180876-180880 ne peut être attestée qu'en combinaison avec la prestation 180854-180865.

Le nombre de prestations 172712-172723 lors d'une intervention ne peut pas être supérieur au nombre de branches ou fenêtres de l'endoprothèse attestée sous la prestation 172690-172701.

Les prestations 180493-180504 et 180515-180526 peuvent uniquement être attestées en combinaison avec la prestation 161114-161125 ou 161151-161162.

Les prestations 180854-180865 et 180876-180880 sont cumulables avec la prestation 161210-161221.

## **5.2. Autres règles**

Le montant de l'intervention pour la prestation est un forfait par intervention qui couvre le coût de l'implant total, nonobstant le nombre, les éléments qui le composent et/ou tous les accessoires.

## **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

## **7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 161490 | 161501 |
| 161512 | 161523 |
| 174016 | 174020 |
| 174031 | 174042 |
| 174053 | 174064 |
| 174075 | 174086 |
| 174090 | 174101 |
| 174112 | 174123 |
| 174134 | 174145 |
| 174156 | 174160 |
| 174171 | 174182 |
| 174193 | 174204 |
| 174215 | 174226 |
| 174230 | 174241 |
| 174252 | 174263 |
| 174274 | 174285 |
| 174296 | 174300 |
| 174311 | 174322 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'emploi de matériel d'embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

- L'établissement hospitalier répond à tous les critères du programme de soins spécialisés « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » comme décrit dans l'Arrêté Royal du 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

#### 3.1 Définition

Dans le libellé des prestations 174016-174020 et 174031-174042, on entend par "matériel de cathétérisme de base" : tout le

matériel nécessaire pour obtenir un accès jusqu'au vaisseaux encéphaliques ou médullaires.

Dans le libellé de la prestation 174031-174042, on entend par "configuration triaxiale" : une combinaison emboîtée d'un cathéter de base ou gaine avec une longueur de travail d'au moins 70 cm, d'un cathéter intermédiaire « distal access » avec une longueur de travail d'au moins 90 cm et d'un microcathéter. Le cathéter intermédiaire « distal access » a une extrémité flexible et est utilisé dans le but d'atteindre au moins la partie distale de l'artère carotide interne, l'artère carotide externe, l'artère vertébrale ou la veine jugulaire interne.

Dans le libellé des prestations 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101 et 174112-174123, on entend par "microcathéter" : un cathéter avec un diamètre extérieur maximal allant jusqu'à 3 French (1 mm).

Dans le libellé de la prestation 174171-174182, on entend par "spire détachable" une spire qui peut être retirée dans le cathéter et repositionnée pendant la procédure et qui doit être détachée du poussoir d'une façon contrôlée pour l'implantation.

Les prestations 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226 et 174230-174241 couvrent l'implant et le système de placement spécifiquement pour l'implant.

Dans le libellé de la prestation 174252-174263, on entend par "accessoires" : la substance radio-opaque, le solvant et le matériel pour mélanger les composants avec la substance solidifiante et pour déposer le mélange au niveau de la lésion via le microcathéter.

## **3.2. Critères**

**3.2.1** Un stent pour traitement d'un anévrisme intracrânien situé à hauteur d'une bifurcation (174215-174226) ou un système de diversion ou un dérivateur de flux (174230-174241) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'ils répondent aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA
- soit disposer d'une ou plusieurs études cliniques publiées dans une revue «peer reviewed» avec au minimum cinquante patients ayant un suivi de 3 mois, qui démontrent que le dispositif a un profil de sécurité acceptable.

## **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation**

Le rapport médical et les images radiologiques desquels il ressort que les dispositifs décrits sous les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ont été utilisés, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire. Ce rapport reprend, en plus de la description des lésions, le résultat à atteindre et le résultat obtenu, et de façon détaillée, quels dispositifs ont été utilisés pour l'embolisation effective.

## 4.2. Remplacement

Pas d'application

## 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

## 4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

## 5. Règles d'attestation

Les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 589116 - 589120 de la nomenclature.

### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Par point de ponction, seule une prestation 174016-174020 ou une prestation 174031-174042 peut être attestée.

Les prestations 174053-174064 et 174090-174101 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par intervention et ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 174075-174086 et 174112-174123 ne peuvent être attestées que si les prestations 174053-174064 ou 174090-174101 sont respectivement attestées.

### 5.2. Autres règles

Les prestations 161490-161501, 161512-161523, 174252-174263 ou 174274-174285 ne peuvent pas être attestées pour couvrir le matériel utilisé lors d'une vertébroplastie ou cyphoplastie.

Les colles tissulaires ne peuvent pas être attestées sous la prestation 174252-174263.

### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

## 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

## 7. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relative au système de stabilisation du tissu myocardique, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Selon le matériel utilisé, les prestations 159655-159666, 161770-161781 et 159051-159062 peuvent être cumulées. La prestation 161770-161781 ne peut être attestée que si, en plus des greffes artérielles (a. mamaria), des greffes veineuses (v. saphène) sont également utilisées.

**5.2 Autres règles**

Pas d'application

**5.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux dispositifs utilisés lors d'un traitement complet endoveineux unilatéral ou bilatéral des varices des membres inférieurs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

La prestation 161910-161921 ne peut être attestée qu'une seule fois par bénéficiaire.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 161652 | 161663 |
| 161674 | 161685 |
| 161696 | 161700 |
| 161711 | 161722 |
| 161733 | 161744 |
| 161755 | 161766 |
| 161770 | 161781 |
| 161792 | 161803 |
| 161814 | 161825 |
| 180316 | 180320 |

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de non-cumul**

Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

Les prestations 161652-161663, 161674-161685 et 180316-180320 ne sont pas cumulables entre elles.

**5.2. Autres règles**

Les prestations 161652-161663, 161674-161685 et 180316-180320 ne peuvent être facturées qu'une seule fois durant une seule session opératoire.

**5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 171216 | 171220 |
| 171231 | 171242 |
| 171253 | 171264 |
| 171275 | 171286 |
| 171290 | 171301 |
| 171312 | 171323 |
| 171916 | 171920 |
| 171931 | 171942 |
| 171953 | 171964 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux neurostimulateurs en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301, 171312-171323, 171916-171920, 171931-171942 et 171953-171964 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

- L'établissement hospitalier doit disposer d'une équipe qui dispose au moins de deux chirurgiens équivalent temps plein dont l'un dispose d'une expertise théorique et clinique en pathologie vasculaire et d'une expérience dans le traitement concerné d'ischémie critique des membres inférieurs et au moins un interniste équivalent temps plein.

ET

- L'établissement hospitalier doit disposer d'un service de "chirurgie vasculaire", accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

ET

- L'établissement hospitalier doit disposer d'une expérience quotidienne des lésions vasculaires obstructives.

ET

- L'établissement hospitalier doit disposer d'un laboratoire vasculaire non invasif dans lequel un doppler, un échodoppler et une mesure transcutanée de la diffusion d'oxygène peuvent être effectués.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301, 171312-171323, 171916-171920, 171931-171942 et 171953-171964 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

**2.1. Critères d'inclusion**

Le bénéficiaire souffre d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs et satisfait à tous les critères d'inclusion:

1) Ischémie critique des membres inférieurs avec douleur au repos depuis au moins 1 mois, avec ou sans gangrène limitée (max. 2 orteils ou nécrose superficielle du talon), avec ou sans ulcère artériel (inférieur à 3 cm et superficiel), sans infection active au niveau des lésions trophiques;

La gravité des affections vasculaires ischémiques doit être démontrée par des données cliniques, par le résultat d'une courbe de doppler à hauteur de la cheville, par des images d'artériographie et par une évaluation de la microcirculation. L'évaluation de la microcirculation est effectuée au moyen des résultats d'une diffusion d'oxygène transcutanée chez le patient en position couchée et en position jambes pendantes;

ET

2) Résultats positifs obtenus pendant la période de test qui doit obligatoirement être exécutée:

Une thérapie d'essai de quinze jours minimum avec électrode implantée par voie percutanée ou extension chirurgicale doit être réalisée après accord du Collège des médecins directeurs dans un des cas suivants:

- la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée se situe entre 10 mm Hg et 30 mm Hg ou est égale à 10 mm Hg;

- la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée est inférieure à 10 mm Hg, mais remonte à 20 mmHg ou plus avec le pied en position pendante.

Les résultats de la thérapie d'essai sont considérés comme positifs si la douleur est diminuée d'au moins de 50% et si on peut réduire la prise d'antalgiques grâce à la neurostimulation d'essai avec une amélioration manifeste de la qualité de vie;

ET

3) Une revascularisation durable est hautement improbable;

ET

4) Pression de perfusion distale inférieure à 50 mmHg, avec un index de pression cheville / bras inférieur à 35 % ou en cas de calcinose diabétique de la média, absence de pulsations périphériques;

ET

5) L'espérance de vie est de cinq ans ou plus;

ET

6) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

## 2.2. Critères d'exclusion

- Toute contre-indication chirurgicale d'une telle intervention

OU

- les contre-indications dans le cadre d'une intervention sous anesthésie

OU

- d'autres facteurs à risque pour une intervention chirurgicale (affection cardiovasculaire grave, coagulopathie, ...)

## 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301 et 171312-171323 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

### 3.1. Définition

Pas d'application

### 3.2. Critères

Pas d'application

### 3.3. Condition de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171253-171264, 171275-171286, 171290-171301 et 171312-171323, les garanties suivantes doivent être données:

Défaut du dispositif:

Une garantie (warranty) en cas de défaut du dispositif doit être donnée pour une période de quinze mois.

Durée de vie:

Une garantie de quinze mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs unilatéraux en cas d'end-of-life et une garantie de vingt-quatre mois au prorata doit être donnée pour les neurostimulateurs bilatéraux en cas d'end-of-life.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. Première implantation

Les prestations 171216-171220, 171231-171242, 171916-171920 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la stimulation d'essai liée aux prestations 171216-171220 et 171231-171242 doit être envoyée préalablement à l'intervention par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs via le formulaire G-Form-I-04 signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

La demande est soumise à la «Commission Peer review Neurostimulation» instaurée par le Collège des médecins-directeurs. Le Collège transmet la demande à cette Commission endéans les trente jours après réception. La Commission Peer Review est composée d'au moins trois membres désignés par l'Association belge de Chirurgie vasculaire. Dans cette commission, au moins un membre de chaque groupe linguistique a un siège. Les membres du Collège des médecins-directeurs et le Conseil Technique des Implants peuvent assister à la réunion de cette Commission Peer Review. Cette Commission Peer Review est convoquée par le Service en assemblée.

La «Commission Peer Review Neurostimulation» a toujours la possibilité d'inviter le médecin-spécialiste implanteur pour venir présenter personnellement ses dossiers.

Ensuite, la demande de remboursement est de nouveau soumise avec avis motivé de la «Commission Peer Review Neurostimulation» au Collège des médecins-directeurs qui prend la décision finale de remboursement par l'assurance obligatoire ou de refus de la stimulation d'essai

Endéans les trente jours qui suivent la réception au Collège de cet avis, la décision du Collège des médecins-directeurs doit être communiquée simultanément et immédiatement au médecin conseil, au médecin spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier

En cas d'un avis positif pour une stimulation d'essai le médecin-spécialiste implanteur doit ensuite transmettre le résultat obtenu lors d'une stimulation d'essai au Collège des médecins-directeurs qui le renvoie endéans les trente jours après réception pour avis à la Commission peer review. Sur base de l'avis de la Commission peer review le Collège prend une décision de remboursement du neurostimulateur définitif endéans les trente jours qui suivent la réception au Collège de l'avis de la Commission Peer Review. La décision doit être communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au médecin spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier

Les documents (y compris les follow-up) desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions susmentionnées pour l'implantation, doivent toujours être présents dans le dossier médical du bénéficiaire.

### 4.2. Remplacement

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 171253-171264, 171290-171301, 171916-171920, 171953-171964 doit être envoyée au collège de médecins-directeurs avant l'implantation par le médecin-spécialiste implanteur, via le formulaire G-Form-I-05 signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. La raison du remplacement

doit obligatoirement être indiquée.

La demande d'intervention doit être soumise à la « Commission Peer Review Neurostimulation » instaurée par le Collège des médecins-directeurs, et fonctionnant comme décrite sous 4.1.

La procédure à suivre est identique à celle d'une première implantation, sans qu'une nouvelle stimulation d'essai soit effectuée.

Endéans les trente jours qui suivent la réception au Collège de l'avis de la Commission Peer Review, la décision du Collège des médecins-directeurs, sur base de l'avis de la Commission Peer Review Neurostimulation, est communiquée simultanément et directement au médecin-conseil, au médecin-spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier

#### **4.3. Remplacement prématuré**

La demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 171275-171286 et 171312-171323 doit être envoyée au Collège de médecins-directeurs avant l'implantation par le médecin-spécialiste implanteur, via le formulaire G-Form-I-05 signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. La raison du remplacement anticipé doit obligatoirement être indiquée.

La demande d'intervention doit être soumise à la « Commission Peer Review Neurostimulation » instaurée par le Collège des médecins-directeurs, et fonctionnant comme décrit sous 4.1.

La procédure à suivre est identique à celle d'une première implantation, sans qu'une nouvelle stimulation d'essai soit effectuée.

Endéans les trente jours qui suivent la réception par le Collège de l'avis de la Commission Peer Review, la décision du Collège des médecins-directeurs, sur base de l'avis de la Commission Peer Review Neurostimulation, est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au médecin-spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier.

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

#### **5.2. Autres règles**

Après une stimulation d'essai défavorable, on ne peut pas procéder à l'implantation d'un neurostimulateur définitif. L'électrode d'essai peut être attestée sous la prestation 171931-171942.

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Divers**

Pas d'application

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>182136</b> | <b>182140</b> |
|---------------|---------------|

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>182151</b> | <b>182162</b> |
|---------------|---------------|

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>182173</b> | <b>182184</b> |
|---------------|---------------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de thrombectomie ou embolectomie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Les prestations 182136-182140, 182151-182162 et 182173-182184 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier répond à tous les critères du programme de soins spécialisés "soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » comme décrit dans l'Arrêté Royal de 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés.

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

pas d'application

### **3. Critères concernant le dispositif**

#### **3.1. Définition**

Un thrombus retriever est un dispositif endovasculaire constitué d'un maillage métallique fin. Durant le déploiement, le thrombus est emprisonné dans le maillage et peut ensuite être retiré du vaisseau

#### **3.2. Critères**

pas d'application

#### **3.3. Conditions de garantie**

pas d'application

### **4. Procédure de demande et formulaires**

pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

Les prestations 182136-182140, 182151-182162 et 182173-182184 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hospitalisation.

La prestation 182173-182184 peut être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 182151-182162.

La prestation 182151-182162 n'est pas cumulable avec la prestation 161534-161545.

### **6. Résultats et statistiques**

pas d'application

### **7. Divers**

pas d'application

174333

174344

174355

174366

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel pour l'extraction percutanée d'un corps étranger libre intravasculaire ou intracardiaque, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 174333-174344 n'est pas cumulable avec la prestation 174355-174366

**5.2 Autre règles**

Pas d'application

**5.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## H. Gynécologie

### H.1 Sein

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161932 - 161943**

Aiguille pour biopsie utilisée lors de la prestation 355213-355224 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 24,56 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 24,56 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161954 - 161965**

Ensemble du matériel, à l'exception du clip, utilisé lors des prestations 355235-355246 et 355250-355261 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 326,87 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 326,87 €

**Conditions de remboursement :** H-§01

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**161976 - 161980**

Clip utilisé en combinaison avec la prestation 161954-161965

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

*Base de remboursement* 81,86 € *Marge de sécurité (%)* 50,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 122,79 € *Marge de sécurité (€)* 40,93 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 81,86 €

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**161991 - 162002**

Marqueur sous forme de fil, en métal ou synthétique, pour les tissus mous qui marque le tissu cible et le canal de ponction, et qui est retiré chirurgicalement avec le tissu cible

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

*Base de remboursement* 23,79 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 23,79 €

**Conditions de remboursement :** H-§06

---

## H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182836 - 182840**

Marqueur pour les tissus mous, qui n'est pas un fil et n'utilise pas de radio-isotopes, permettant un placement à long terme et qui est retiré chirurgicalement avec le tissu cible

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 150,00 € | <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>     | 150,00 € |

**Conditions de remboursement :** H-§06

---

### H.2 Uterus

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162013 - 162024**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 431336 - 431340 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 554,65 € | <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> | 138,66 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 415,99 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162035 - 162046**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 431351 - 431362 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 770,58 € | <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> | 192,64 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 577,94 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162050 - 162061**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432655 - 432666 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 263,00 € | <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> | 65,75 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 197,25 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

## H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162072 - 162083**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432670 - 432681 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 554,65 € | <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> | 138,66 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 415,99 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162094 - 162105**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432736 - 432740 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 554,65 € | <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> | 138,66 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 415,99 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162116 - 162120**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432611 - 432622 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 228,20 € | <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> | 57,05 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 171,15 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162131 - 162142**

Anse pour l'ablation endoscopique de tissu obstructif et de tumeurs du tractus urogénital, utilisée lors des prestations 432456-432460, 432390-432401 ou 432412-432423 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 40,94 € | <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> | 22,51 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 18,43 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

## H. Gynécologie

### H.3 Annexes de l'uterus

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162153 - 162164**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432574 - 432585 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

*Base de remboursement* 228,20 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 57,05 €

*Montant du remboursement* 171,15 €

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162175 - 162186**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432596 - 432600 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

*Base de remboursement* 228,20 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 57,05 €

*Montant du remboursement* 171,15 €

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162190 - 162201**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432633 - 432644 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

*Base de remboursement* 228,20 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 25,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 57,05 €

*Montant du remboursement* 171,15 €

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162212 - 162223**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable, à l'exception des clips pour stérilisation, utilisé lors de la prestation 432692 - 432703 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

*Base de remboursement* 107,45 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 55,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 59,09 €

*Montant du remboursement* 48,36 €

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

## H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162234 - 162245**

Ensemble des clips pour stérilisation

**Catégorie de remboursement :** I.D.d

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 69,40 € | <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> | 38,17 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 31,23 € |

---

### H.4 Filets pour la réparation d'un prolapsus

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/04/2015

**172476 - 172480**

Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie abdominale

**Catégorie de remboursement :** I.E.a **Liste Nom.** 35101

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 297,15 € | <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>     | 297,15 € |

**Conditions de remboursement :** H-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/06/2017

**182070 - 182081**

Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, y compris les systèmes de placement et d'ancrage

**Catégorie de remboursement :** I.E.a **Liste Nom.** 36401

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 445,73 € | <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>     | 445,73 € |

**Conditions de remboursement :** H-§04

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/01/2020

**180751 - 180762**

Ensemble des filets pour la réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, y compris les systèmes de placement et d'ancrage, lorsqu'il n'est pas satisfait aux conditions de la prestation 182070-182081

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |        |                                |                                     |        |
|------------------------------|--------|--------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1,00 € | <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>     | 1,00 € |

**Conditions de remboursement :** H-§04

## H. Gynécologie

### H.5 Divers

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162374 - 162385**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 431373 - 431384 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 586,38 € | <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> | 146,59 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 439,79 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162396 - 162400**

Treillis suburétral placé par voie transvaginale pour le traitement de l'incontinence de stress lors de la prestation 432751-432762 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 356,95 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 15,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 410,49 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 53,54 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 356,95 € |

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162411 - 162422**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432073 - 432084 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 233,32 € | <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> | 58,33 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 174,99 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162433 - 162444**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432530 - 432541 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 69,58 € | <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> | 17,39 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 52,19 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

## H. Gynécologie

Date dernière modification : 1/02/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**162455 - 162466**

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 432552 - 432563 de la nomenclature, par voie endoscopique

**Catégorie de remboursement :**

II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 228,20 € | <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> | 57,05 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 171,15 € |

**Conditions de remboursement :** H-§03

---

Date dernière modification : 1/01/2023

Date première publication :  
1/07/2017

**182114 - 182125**

Ensemble du matériel de consommation, avec ou sans cathéter, y compris les composants nécessaires pour la préparation de la mousse, utilisée lors d'une hysterosalpingo-foam-sonographie

**Catégorie de remboursement :**

II.E.a

**Liste Nom.** 36501

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 59,87 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 59,87 € |

**Conditions de remboursement :** H-§05

---

# Conditions de remboursement

H-§01

Prestations liées

161954

161965

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel, à l'exception du clip utilisé lors d'une biopsie assistée par aspiration de la glande mammaire il doit être satisfait à la condition suivante :

## 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les dispositifs utilisés lors de la prestation 161954-161965 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'ils sont utilisés dans une des indications suivantes:

- microcalcifications groupées;
- densités asymétriques;
- distorsions architecturales;
- images stellaires d'origine incertaine;
- densités nodulaires d'un diamètre inférieur ou égal à 1 cm;
- lésions solides d'un diamètre inférieur ou égal à 1 cm;
- lésions 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

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie abdominale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 172476-172480 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à un des critères suivants :

- prolapsus de grade 3
- prolapsus de grade 2 avec symptômes fonctionnels après échec du traitement conservateur qui est documenté dans le dossier médical du bénéficiaire.

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 172476-172480 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1. Définition

Les filets repris sous la prestation 172476-172480 sont soit des filets composés uniquement de polypropylène de type 1 (macroporeux, monofilament) selon la classification de Amid, soit des filets en polyester de type 3 (multifilament, microporeux) selon la classification de Amid.

#### 3.2. Critères

Pas d'application.

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application.

#### 5.2. Autres règles

La prestation 172476-172480 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

#### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application.

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

### 7. Divers

Pas d'application.

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 162013 | 162024 |
| 162035 | 162046 |
| 162050 | 162061 |
| 162072 | 162083 |
| 162094 | 162105 |
| 162116 | 162120 |
| 162131 | 162142 |
| 162153 | 162164 |
| 162175 | 162186 |
| 162190 | 162201 |
| 162212 | 162223 |
| 162374 | 162385 |
| 162411 | 162422 |
| 162433 | 162444 |
| 162455 | 162466 |

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de non-cumul**

Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

**5.2. Autres règles**

Pas d'application

**5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

180751

180762

182070

182081

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation concernant les filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 182070-182081 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier offre aux bénéficiaires les différents traitements possibles : traitement conservateur, chirurgie de réparation utilisant des tissus autologues, chirurgie utilisant des filets par voie abdominale ou vaginale.

La pose d'indication pour les bénéficiaires décrits sous le point 2 b) est faite par une équipe multidisciplinaire composée au minimum d'un urologue, un gynécologue et un kinésithérapeute avec une qualification professionnelle particulière en rééducation abdomino-pelvienne et périnatale.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 182070-182081 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire ne subit pas une hystérectomie de façon concomitante

a) prolapsus antérieur ou apical après échec d'une chirurgie primaire, le prolapsus résiduel étant de grade 3 ou de grade 2 avec symptômes fonctionnels

ou

b) prolapsus antérieur ou apical de grade 3, avec risque élevé de récurrences ou non opérable par voie abdominale

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 182070-182081 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1. Définition

Les filets repris sous la prestation 182070-182081 sont des filets composés de polypropylène de type 1 (macroporeux, monofilament) selon la classification de Amid.

#### 3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques ou de registres. Les résultats seront publiés dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement.

- pour une inscription temporaire (pour une période maximum de trois ans) :

au minimum une étude de suivi ou un registre sur au minimum 100 patients suivis pendant minimum 12 mois. L'efficacité sera démontrée de façon qualitative (p-QOL, PISQ 12 ou PFDI-20 ) et quantitative (POP-Q), les complications (dont érosion, dyspareunie, incontinence urinaire de stress, ...) seront décrites. Le taux de succès sera de minimum 85% et le taux d'érosion ne dépassera pas 12%.

- pour une inscription définitive :

Soit fournir au minimum une étude de suivi ou un registre sur au minimum 200 patients suivis pendant minimum 36 mois. L'efficacité sera démontrée de façon qualitative (p-QOL, PISQ 12 ou PFDI-20 ) et quantitative (POP-Q), les complications (dont érosion, dyspareunie, incontinence urinaire de stress,...) seront décrites. Le taux de succès sera de minimum 85% et le taux d'érosion ne dépassera pas 12%. « Les résultats obtenus ne sont pas inférieurs à

ceux obtenus avec une chirurgie réparatrice utilisant les tissus autologues.

Soit être approuvé par la FDA via un "premarket approval" (PMA) (la preuve de cette approbation devant être fournie dans le dossier de demande d'inscription sur la liste nominative)

### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation/Première utilisation**

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182070-182081 et 180751-180762 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement H-Form-I-01 reprenant les caractéristiques de référence ait été complété via l'application en ligne.

Pour la prestation 182070-182081, les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire, le formulaire d'enregistrement H-Form-I-01 (reprenant les caractéristiques de référence), le formulaire H-Form-I-02 (reprenant les données de suivi), éventuellement le formulaire H-Form-I-03 (reprenant les données des complications si des complications surviennent en dehors de l'intervention ou d'une consultation de suivi planifiée) et le consentement éclairé du bénéficiaire doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Pour la prestation 180751-180762, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire ainsi que le formulaire d'enregistrement H-Form-I-01 (reprenant les caractéristiques de référence), le formulaire H-Form-I-02 (reprenant les données de suivi), éventuellement le formulaire H-Form-I-03 (reprenant les données des complications si des complications surviennent en dehors de l'intervention ou d'une consultation de suivi planifiée) et le consentement éclairé du bénéficiaire doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

### **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

### **5.2 Autres règles**

Les prestations 182070-182081 et 180751-180762 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par intervention.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

## **6. Résultats et statistiques**

Les modalités d'enregistrement des données visées au point 4.1. ainsi que les modalités de transmission de ces données à Healthdata, à la Belgian Association of Urology (BAU), au Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB), à la Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) et à la Commission, sont établies par Healthdata et le Service des soins de santé.

La BAU, le GGOLFB et la VVOG feront tous les 3 ans une évaluation des données collectées avec rapport à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

## **7. Divers**

Pas d'application.

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

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 182114-182125 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 182114-182125 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1 Définition

Les dispositifs pour l'évaluation de la perméabilité des trompes ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif résulte de la préparation d'une mousse et qui n'est pas destiné à l'injection intra-utérine d'une combinaison d'air et d'une solution saline.

#### 3.2. Critères

Pas d'application

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation/Première utilisation

Pas d'application

#### 4.2. Remplacement

Pas d'application

#### 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

#### 4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

#### 5.2 Autres règles

Pas d'application

#### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

## 7. Divers

Pas d'application

|        |        |
|--------|--------|
| 161991 | 162002 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 182836 | 182840 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au marqueur utilisé dans le traitement du cancer du sein, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Les prestations 161991-162002 et 182836-182840 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein accordé par l'autorité compétente.

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 161991-162002 et 182836-182840 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

- Le bénéficiaire a une tumeur du sein.

### **3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

#### **3.1. Définition**

Pas d'application.

#### **3.2. Critères**

Pas d'application.

#### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application.

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation**

Pas d'application.

#### **4.2. Remplacement**

Pas d'application.

#### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application.

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

#### **5.2. Autres règles**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

# I. Pneumologie et système respiratoire

## I.1 Voies respiratoires

### I.1.1 Tuteurs

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162470 - 162481**

Tuteur bronchique ou pulmonaire en matière synthétique, par tuteur

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162492 - 162503**

Tuteur bronchique ou pulmonaire auto-expansible en matière synthétique, par tuteur

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 503,69 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 503,69 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162514 - 162525**

Tuteur bronchique ou pulmonaire auto-expansible en métal, par tuteur

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 1.090,66 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 1.090,66 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162536 - 162540**

Tuteur trachéo-bronchique en Y en matière synthétique, par tuteur

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 743,63 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 743,63 €

# I. Pneumologie et système respiratoire

## I.1.2 Divers

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162551 - 162562**

Brosse de cytologie et/ou pince à biopsie utilisée lors d'une des prestations 471715-471726 ou 471730-471741 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 20,46 € | <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> | 11,25 € |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 9,21 €  |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162573 - 162584**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 471855-471866 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.b

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 145,32 € | <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> | 36,33 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 108,99 € |

Date dernière modification : 1/02/2020

Date première publication :  
1/02/2020

**180773 - 180784**

Ensemble de matériel pour la quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaires isolés, utilisé lors d'une bronchoscopie diagnostique

**Catégorie de remboursement :** II.E.a **Liste Nom.** 38001

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 900,00 € | <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>     | 900,00 € |

**Conditions de remboursement :** I-§01

## I.1.3 Valve endobronchique

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/02/2020

**180795 - 180806**

Valve endobronchique unidirectionnelle avec système de placement

**Catégorie de remboursement :** I.E.a **Liste Nom.** 38101

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2.385,00 € | <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>     | 2.385,00 € |

**Conditions de remboursement :** I-§02

# Conditions de remboursement

I-§01

Prestations liées

180773

180784

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaire isolés, il doit être satisfait aux conditions suivantes:

## 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 180773-180784 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :

L'établissement est repris sur la liste des établissements hospitaliers concernant le placement des valves endobronchiques unidirectionnelles (prestation 180795-180806)

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 180773-180784 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire souffre d'emphysème pulmonaire et répond, après avoir bénéficié d'une réhabilitation respiratoire et après un traitement médicamenteux optimal, conformément aux recommandations GOLD en vigueur, aux critères suivants :

- Le bénéficiaire souffre d'une BPCO sévère (GOLD III) ou très sévère (GOLD IV);

ET

- Le bénéficiaire a une tolérance à l'effort réduite (6-MWT <450m) ;

ET

- Le bénéficiaire est handicapé dans la vie quotidienne (mMRC ≥2) ;

ET

- Le bénéficiaire n'a pas fumé depuis au moins six mois avant l'implantation, attesté par un test de détection de nicotine négatif ;

ET

- Le poumon à traiter montre une hyperinflation avec un volume résiduel >175% pour l'emphysème hétérogène ou un volume résiduel >225% pour l'emphysème homogène ;

ET

- Le lobe à traiter a une intégrité de la fissure entre 80% et 95% sur base du TDM-HR

## 3. Critères concernant le dispositif

### 3.1. Définition

Pas d'application

### **3.2. Critères**

Le matériel de quantification de la ventilation collatérale dans des compartiments pulmonaires isolés ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA

- soit avoir démontré dans une étude clinique prospective incluant au moins 80 patients que le dispositif peut prédire correctement, dans au moins 75% des cas, si des patients obtiendront une réduction du volume pulmonaire d'au moins 350 ml après l'implantation de valves endobronchiques.

### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

### **4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Divers**

Pas d'application

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

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 180795-180806 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

**1.1** L'établissement hospitalier dispose d'une équipe multidisciplinaire qui est responsable pour la sélection, l'implantation et le suivi des patients, et qui est composée au moins d'un médecin traitant spécialiste en pneumologie, d'un médecin spécialiste en pneumologie avec expérience en bronchoscopie interventionnelle, d'un chirurgien thoracique, d'un radiologue et d'un médecin spécialiste en gériatrie si le bénéficiaire a 75 ans ou plus.

Le médecin traitant spécialiste en pneumologie et le médecin spécialiste en pneumologie avec expérience en bronchoscopie interventionnelle peuvent être le même médecin-spécialiste.

**1.2** L'établissement hospitalier dispose d'un service de garde pneumologique permanent

**1.3** L'établissement hospitalier a de l'expérience dans le traitement des patients adultes par bronchoscopie interventionnelle au moyen d'un bronchoscope rigide, démontrée par un minimum de 40 interventions chez des adultes (18 ans ou plus) calculée comme la somme des prestations suivantes de la nomenclature pour les années x-3 à x-2 :

- Bronchoscopie avec extraction de corps étrangers ou mise en place d'un élément prothétique (471796-471800)
- Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions par la méthode au laser YAG (471730-471741 + 355036-355040).

**1.4** L'établissement hospitalier qui répond aux critères susmentionnés, introduit le formulaire I-Form-II-01, auprès du Service de soins de santé. La Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux dressera tous les deux ans une liste avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier.

Chaque établissement hospitalier adhérent signale annuellement au Service les modifications aux données reprises dans le formulaire de candidature.

Les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés ci-dessus sont communiquées spontanément par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrier à : INAMI, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles ou par e-mail à [implant@riziv-inami.fgov.be](mailto:implant@riziv-inami.fgov.be)

**1.5** L'établissement hospitalier transmet annuellement avant le 30 avril les données concernant les primo-implantations, les remplacements et les suivis de l'année précédente visées sous le point 4 au registre en ligne.

Lorsque le Service constate que l'établissement hospitalier n'a pas transmis ces données dans le délai prévu, le remboursement du dispositif est suspendu temporairement pour cet établissement hospitalier. Le Service en informe l'établissement hospitalier.

Lorsque l'établissement hospitalier a complété les données faisant défaut, celui-ci en informe le Service. La suspension de l'intervention est levée lorsque les données sont correctement complétées.

Si l'établissement hospitalier échoue à compléter les données faisant défaut endéans un mois après qu'il ait été averti par le Service, il est supprimé définitivement de la liste des établissements hospitaliers

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 180795-180806 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire souffre d'emphysème pulmonaire et répond, après avoir bénéficié d'une réhabilitation respiratoire et après un traitement médicamenteux optimal, conformément aux recommandations GOLD en vigueur, aux critères suivants :

- Le bénéficiaire souffre d'une BPCO sévère (GOLD III) ou très sévère (GOLD IV);

ET

- Le bénéficiaire a une tolérance à l'effort réduite (6-MWT <450m) ;

ET

- Le bénéficiaire est handicapé dans la vie quotidienne (mMRC ≥2) ;

ET

- Le bénéficiaire n'a pas fumé depuis au moins six mois avant l'implantation, attesté par un test de détection de nicotine négatif ;

ET

- Le poumon à traiter montre une hyperinflation avec un volume résiduel >175% pour l'emphysème hétérogène ou un volume résiduel >225% pour l'emphysème homogène ;

ET

- Le lobe à traiter a une fissure complète, démontrée par une intégrité de la fissure d'au moins 95% sur TDM-HR OU le lobe à traiter a une fissure semi-complète (intégrité de la fissure entre 80% et 95% sur TDM-HR) où l'absence de ventilation collatérale a été démontrée quantitativement en utilisant le matériel comme stipulé sous la prestation 180773-180784.

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 180795-180806 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

#### 3.1. Définition

Pas d'application

#### 3.2. Critères

**3.2.1** Une valve endobronchique unidirectionnelle ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA ;

- soit avoir démontré dans une étude clinique randomisée, avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum et un suivi de 6 mois minimum, une amélioration cliniquement et statistiquement significative de la fonction pulmonaire (VEMS) en comparaison avec le traitement médical standard, ET dans une étude clinique avec au moins 100 patients, il est démontré que le dispositif a un profil de sécurité acceptable ;

- soit avoir démontré dans une étude clinique randomisée avec une puissance statistique fixée par protocole de 80% minimum et un suivi de 6 mois minimum qu'il n'est pas moins efficace que les dispositifs qui se trouvent déjà sur la liste nominative, ET dans une étude clinique avec au moins 100 patients, il est démontré que le dispositif a un profil de sécurité acceptable.

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1 Première implantation

Pour chaque bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 180795-180806, les données de l'année précédente visées dans le formulaire d'enregistrement I-Form-I-01 sont transmises annuellement avant le 30 avril au registre en ligne.

Les modalités d'enregistrement de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à Healthdata, au Belgian Respiratory Society et à la Commission, sont établies par la Commission, le Service et HealthData.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### 4.2 Remplacement

En cas de remplacement, les données dans le formulaire d'enregistrement I-Form-I-02 doivent être transmises selon la procédure visées sous le point 4.1

### **4.3 Remplacement anticipé**

Pas d'application

### **4.4 Suivi de traitement après implantation**

Le bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 180795-180806 doit être suivi au moins 3, 6, 12, 24 et 36 mois après la primo-implantation.

Pour le suivi du traitement du bénéficiaire, les données dans le formulaire d'enregistrement I-Form-I-03 doivent être transmises selon la procédure visées sous le point 4.1.

### **4.5 Dérogation à la procédure**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Tous les trois ans, le Belgian Respiratory Society fera une évaluation des données collectées avec rapport et explication à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

### **7. Divers**

Pas d'application

## J. Chirurgie plastique et reconstructive

### J.1 Implants ou expanseurs tissulaires

#### J.1.1 Reconstruction de la glande mammaire

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**162595 - 162606** Implant mammaire ou expanseur tissulaire sur mesure

**Catégorie de remboursement :** I.F.a

Base de remboursement CMD Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

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

Montant du remboursement CMD

**Conditions de remboursement :** J-§01

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**162610 - 162621** Implant mammaire rond ou expanseur tissulaire mammaire définitif rond, remplis d'un gel silicone ou d'une solution saline, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

Base de remboursement 376,78 € Marge de sécurité (%) 0,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum 376,78 € Marge de sécurité (€) 0,00 € Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 376,78 €

**Conditions de remboursement :** J-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**162632 - 162643** Implant mammaire anatomique ou expanseur tissulaire mammaire définitif anatomique, remplis d'un gel silicone ou d'une solution saline, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

Base de remboursement 545,33 € Marge de sécurité (%) 0,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum 545,33 € Marge de sécurité (€) 0,00 € Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 545,33 €

**Conditions de remboursement :** J-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**162654 - 162665** Implant mammaire rond ou expanseur tissulaire mammaire définitif rond, remplis d'un gel silicone et d'une solution saline, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

Base de remboursement 674,22 € Marge de sécurité (%) 0,00% Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum 674,22 € Marge de sécurité (€) 0,00 € Intervention personnelle (€) 0,00 €

Montant du remboursement 674,22 €

**Conditions de remboursement :** J-§02

---

## J. Chirurgie plastique et reconstructive

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**162676 - 162680**

Implant mammaire anatomique ou expanseur tissulaire mammaire définitif anatomique, remplis d'un gel silicone et d'une solution saline, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |          |                              |        |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 976,63 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 976,63 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 976,63 € |

**Conditions de remboursement :** J-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**162691 - 162702**

Expansur tissulaire temporaire non-anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |          |                              |        |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 426,35 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 426,35 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 426,35 € |

**Conditions de remboursement :** J-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**162713 - 162724**

Expansur tissulaire temporaire anatomique pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |          |                              |        |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 581,02 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 581,02 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 581,02 € |

**Conditions de remboursement :** J-§02

---

### J.1.2 Non-reconstruction de la glande mammaire

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**162735 - 162746**

Expansur tissulaire temporaire pour une reconstruction non mammaire, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |          |                              |        |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 426,35 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 426,35 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 426,35 € |

**Conditions de remboursement :** J-§02

---

# Conditions de remboursement

J-§01

Prestations liées

162595

162606

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux implants mammaires ou expanseurs tissulaires sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

## 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application.

## 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. première implantation

La prestation 162595-162606 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalablement à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs, qui fixe le montant de l'intervention sur la base d'une demande motivée. Après implantation, cette demande est transmise, par le médecin spécialiste implanteur, au Collège des médecins-directeurs. Cette demande comporte :

- un rapport médical circonstancié du médecin spécialiste implanteur justifiant l'utilisation d'un implant sur mesure;
- un devis ou une facture détaillé émanant de la firme qui a fabriqué l'implant.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

### 4.2. remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

### 4.3. remplacement prématuré

Pas d'application.

### 4.4. dérogation de la procédure

Pas d'application.

## 5. Règles d'attestation

Pas d'application.

## 6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

## 7. Divers

Pas d'application.

**Prestations liées****162610 162621****162632 162643****162654 162665****162676 162680****162691 162702****162713 162724****162735 162746**

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants mammaires et aux expanseurs tissulaires, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant:

- ayant subi l'intervention 251576-251580, 251650-251661, 252593-252604, 252453-252464, 252475-252486, 252512-252523, 252630-252641, 252733-252744, 252755-252766 ou 252770-252781 de la nomenclature
- en cas de dysphorie de genre.

La prestation 162735-162746 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

l'excision de tumeurs de la peau ou de cicatrices ou la reconstruction d'anomalies congénitales ou traumatiques.

### **3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation**

L'accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, pour les prestations 251576-251580 et 251650-251661 de la nomenclature implique un accord du médecin conseil pour les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724.

Dans les autres cas, il n'y a pas d'obligation administrative.

#### **4.2. Remplacement**

L'accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, pour la prestation 252630-252641 de la nomenclature implique un accord du médecin conseil pour les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724.

Dans les autres cas, il n'y a pas d'obligation administrative.

#### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application.

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application.

#### **5.2. Autres règles**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724 est autorisée lors des prestations 251576-251580, 251650-251661, 252593-252604, 252453-252464, 252475-252486, 252512-252523, 252630-252641, 252733-252744, 252755-252766 ou 252770-252781 de la nomenclature et en cas de dysphorie de genre.

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

## K. Chirurgie en général

### K.1 Colles tissulaires

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                      |   |                                |   |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| <b>162750 - 162761</b>               | Remboursement de base pour colle chirurgicale pour usage interne (par intervention) |                                |   |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.D.d   |                                |   |
| <i>Base de remboursement</i>         | 46,60 €   | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%) 55,00%</i>  |
| <i>Prix plafond/ maximum</i>         | /   | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€) 25,63 €</i> |
|                                      |   |                                | <i>Montant du remboursement 20,97 €</i>     |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | K-§01   |                                |   |

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

|                                      |  |                                |  |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| <b>162772 - 162783</b>               | Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement lors d'une intervention craniospinale intradurale (par intervention) |                                |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.d  | <b>Liste Nom.</b>              | 32901  |
| <i>Base de remboursement</i>         | 316,29 €   | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%) 55,00%</i>   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i>         | /  | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€) 173,95 €</i> |
|                                      |  |                                | <i>Montant du remboursement 142,34 €</i>     |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | K-§01  |                                |  |

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

|                                      |  |                                |  |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| <b>162794 - 162805</b>               | Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement lors d'une chirurgie du coeur ou des gros vaisseaux sanguins intrathoraciques (par intervention) |                                |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.d  | <b>Liste Nom.</b>              | 32902  |
| <i>Base de remboursement</i>         | 513,60 €   | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%) 55,00%</i>   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i>         | /  | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€) 282,48 €</i> |
|                                      |  |                                | <i>Montant du remboursement 231,12 €</i>     |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | K-§01  |                                |  |

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

|                                      |  |                                |  |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| <b>162816 - 162820</b>               | Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par intervention) |                                |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.E.d  | <b>Liste Nom.</b>              | 32903  |
| <i>Base de remboursement</i>         | 513,60 €   | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%) 55,00%</i>   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i>         | /  | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€) 282,48 €</i> |
|                                      |  |                                | <i>Montant du remboursement 231,12 €</i>     |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | K-§01  |                                |  |

## K. Chirurgie en général

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/08/2017

**182195 - 182206**

Colle chirurgicale pour usage interne spécifiquement destinée à être utilisée en contact avec du tissu pulmonaire (par intervention)

|                                     |          |                                |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.E.d    |                                | <b>Liste Nom.</b>                   | 32904    |
| <i>Base de remboursement</i>        | 513,60 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 55,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i>        | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 282,48 € |
|                                     |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 231,12 € |

**Conditions de remboursement :** K-§01

---

### K.2 Produits hémostatiques

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**162831 - 162842**

Agent hémostatique utilisé spécifiquement lors d'une chirurgie du coeur ou des gros vaisseaux sanguins intrathoraciques (par pièce)

|                                     |          |                                |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.E.d    |                                | <b>Liste Nom.</b>                   | 33001    |
| <i>Base de remboursement</i>        | 252,84 € | <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> | 139,06 € |
|                                     |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 113,78 € |

**Conditions de remboursement :** K-§01

---

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**162853 - 162864**

Agent hémostatique utilisé spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par pièce)

|                                     |          |                                |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.E.d    |                                | <b>Liste Nom.</b>                   | 33002    |
| <i>Base de remboursement</i>        | 252,84 € | <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> | 139,06 € |
|                                     |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 113,78 € |

**Conditions de remboursement :** K-§01

---

### K.3 Anti-adhésifs

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**162875 - 162886**

Anti-adhésif à base de polymères synthétiques ou d'un mixte de polymères naturels (non-bovins) et synthétiques utilisé spécifiquement lors d'une intervention craniospinale (par pièce)

|                                     |          |                                |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.E.d    |                                | <b>Liste Nom.</b>                   | 33101    |
| <i>Base de remboursement</i>        | 276,63 € | <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> | 152,14 € |
|                                     |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 124,49 € |

**Conditions de remboursement :** K-§01

## K. Chirurgie en général

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**162890 - 162901**

Anti-adhésif à base de polymères naturels (non-bovins) utilisé spécifiquement lors d'une intervention crano-spinale (par cm<sup>2</sup>)

**Catégorie de remboursement :**

I.E.d

**Liste Nom.**

33102

*Base de remboursement*

5,95 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

55,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

3,27 €

*Montant du remboursement*

2,68 €

**Conditions de remboursement :**

K-§01

---

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**162912 - 162923**

Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie de la main (par pièce)

**Catégorie de remboursement :**

I.E.d

**Liste Nom.**

33103

*Base de remboursement*

220,12 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

55,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

121,06 €

*Montant du remboursement*

99,06 €

**Conditions de remboursement :**

K-§01

---

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**162934 - 162945**

Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie gynécologique (par intervention)

**Catégorie de remboursement :**

I.E.d

**Liste Nom.**

33104

*Base de remboursement*

162,61 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

55,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

89,43 €

*Montant du remboursement*

73,18 €

**Conditions de remboursement :**

K-§01

---

### K.4 Matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**162956 - 162960**

Ensemble du matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving utilisé à l'occasion d'une intervention neurochirurgicale, thoracique, vasculaire, orthopédique ou abdominale majeure avec perte de sang importante

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

179,08 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

179,08 €

**Conditions de remboursement :**

K-§02

---

# Conditions de remboursement

K-§01

## Prestations liées

162750 162761

162772 162783

162794 162805

162816 162820

162831 162842

162853 162864

162875 162886

162890 162901

162912 162923

162934 162945

182195 182206

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux colles tissulaires, aux produits hémostatiques et aux anti-adhésifs, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820, 182195-182206, 162831-162842, 162853-162864, 162875-162886, 162890-162901, 162912-162923 et 162934-162945 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants :

#### 3.1 Définition

Pas d'application

#### 3.2 Critères

Les prestations 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820, 182195-182206, 162831-162842, 162853-162864, 162875-162886, 162890-162901, 162912-162923 et 162934-162945 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si les résultats d'au moins une étude clinique (rétrospective ou prospective) relative à l'efficacité et la sécurité du produit et ses champs d'application (pas de case report) sont publiés dans un journal peer reviewed. Dans ces études, les éléments suivants sont au minimum décrits :

- les indications;
- les critères d'inclusion et d'exclusion;
- un follow-up pertinent;
- les résultats.

Les données sont traitées selon les méthodes statistiques validées couramment utilisées. Les résultats des études sont significatifs et cliniquement pertinents.

En complément à l'évidence publiée, la Commission peut se faire conseiller par des experts en la matière.

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

Pour la prestation 182195-182206, le résultat du test sous eau pour la classification de la fuite d'air doit être mentionné dans le dossier médical du bénéficiaire.

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Les prestations 162750-162761, 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820 et 182195-182206 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 162750-162761, 162772-162783, 162794-162805, 162816-162820 et 182195-182206 ne sont pas cumulables avec les spécialités pharmaceutiques à base de colle liquide de fibrine.

Les prestations 162875-162886 et 162890-162901 ne sont pas cumulables entre elles.

## 5.2. Autres règles

- a) La prestation 162816-162820 ne peut être attestée que lorsque la colle a été utilisée lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes: 242292-242303, 242314-242325, 242336-242340, 242351-242362, 242395-242406, 242410-242421, 242491-242502, 242631-242642, 242653-242664, 242756-242760, 242771-242782, 243655-243666, 244856-244860, 318076-318080, 318334-318345, 261671-261682, 261715-261726, 261693-261704, 242034-242045, 242056-242060, 242071-242082, 242093-242104, 318275-318286, 318290-318301, 318010 - 318021, 318054 - 318065, 318312 - 318323, 318393 – 318404.
- b) La prestation 162794-162805 ne peut être attestée que lorsque la colle a été utilisée durant une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229036-229040, 229073-229084, 229552-229563, 229574-229585, 318054-318065, 229596-229600, 229611-229622, 229515-229526, 229530-229541, 229633-229644.
- c) La prestation 162853-162864 ne peut être attestée que lorsque le produit hémostatique a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 242292-242303, 242314-242325, 242336-242340, 242351-242362, 242395-242406, 242410-242421, 242491-242502, 242631-242642, 242653-242664, 242756-242760, 242771-242782, 243655-243666, 244856-244860, 318076-318080, 318334-318345, 261671-261682, 261715-261726, 261693-261704, 242034-242045, 242056-242060, 242071-242082, 242093-242104, 318275-318286, 318290-318301, 318010 - 318021, 318054 - 318065, 318312 - 318323, 318393 – 318404.
- d) La prestation 162831-162842 ne peut être attestée que lorsque le produit hémostatique a été utilisé durant une des prestations de la nomenclature suivantes : 229014-229025, 229036-229040, 229073-229084, 229552-229563, 229574-229585, 318054-318065, 229596-229600, 229611-229622, 229515-229526, 229530-229541, 229633-229644.
- e) Les prestations 162875-162886 et 162890-162901 ne peuvent être attestées que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 281772-281783, 281713-281724, 281735-281746, 281816-281820, 281831-281842, 281853-281864, 281116-281120, 281794-281805, 232794-232805.
- f) La prestation 162912-162923 ne peut être attestée que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 287733-287744, 287755-287766, 276452-276463, 276474-276485, 276496-276500, 276511-276522.
- g) La prestation 162934-162945 ne peut être attestée que lorsque l'anti-adhésif a été utilisé lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes et exclusivement pour des femmes de moins de quarante ans avec un désir de grossesse : 431115-431126, 431395-431406, 431432-431443, 431550-431561, 431594-431605, 431653-431664, 432316-432320, 432530-432541, 432574-432585, 432596-432600, 432611-432622, 432552-432563, 431211-431222, 431572-431583, 431616-431620, 243751-243762.
- h) La prestation 182195-182206 ne peut être attestée que si la colle est utilisée à l'occasion d'une des prestations suivantes de la nomenclature et uniquement chez des adultes avec une fuite d'air sévère intra-opératoire (grade 2 ou 3 selon la classification de Macchiarini) qui ne pouvait être scellée par une autre technique standard: 227194 - 227205; 227216 - 227220; 227253 - 227264; 227371 - 227382; 227393 - 227404; 227474 - 227485; 227533 - 227544; 227334 - 227345; 227452 - 227463; 227570 - 227581; 227290 - 227301; 227275 - 227286; 227312 - 227323; 318054 - 318065.

## 5.3. Dérogation

Pas d'application

## 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

## 7. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative à l'ensemble du matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

La prestation 162956-162960 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

**3.1 Définition**

Le terme "cell-saving" de la prestation 162956-162960 représente la procédure par laquelle le sang perdu est, lors de l'aspiration, immédiatement mélangé à un anticoagulant et est ensuite filtré dans un réservoir. De ce réservoir, le sang est amené par une pompe dans une centrifugeuse où les cellules sont séparées du plasma. Le plasma résiduel entre les cellules est alors éliminé par rinçage et la masse cellulaire peut ensuite être rendue au bénéficiaire en utilisant ou non un filtre.

**3.2 Critères**

Pas d'application

**3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

La prestation 162956-162960 peut seulement être attestée une fois par intervention.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.1 Colonne vertébrale

#### L.1.1 Cyphoplastie et Vertébroplastie

Date dernière modification : 1/09/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**162971 - 162982**

Matériel de consommation pour cyphoplastie avec ballon, utilisé à l'occasion de la prestation 589676-589680 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.a

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

Date dernière modification : 1/09/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**162993 - 163004**

Ciment pour cyphoplastie avec ballon utilisé à l'occasion de la prestation 589676-589680 de la nomenclature, par niveau, maximum deux niveaux

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 82,08 € | <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 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 82,08 € |

Date dernière modification : 1/09/2022

Date première publication :  
1/04/2015

**171975 - 171986**

Ciment pour vertébroplastie utilisé à l'occasion de la prestation 589890-589901 de la nomenclature, par niveau, maximum deux niveaux

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 82,08 € | <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 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 82,08 € |

#### L.1.2 Disque intervertébral

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**163015 - 163026**

Prothèse pour le remplacement d'un disque intervertébral lombaire total, pour l'ensemble des éléments

**Catégorie de remboursement :** I.C.a

**Liste Nom.** 33201

|                              |            |                              |          |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.800,00 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 1.980,00 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 180,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.800,00 € |

**Conditions de remboursement :** L-§02

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**163030 - 163041**

Insert ou noyau, en polyéthylène, d'une prothèse totale de disque lombaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33202

*Base de remboursement* 260,26 € *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 286,28 € *Marge de sécurité (€)* 26,02 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 260,26 €

**Conditions de remboursement :** L-§02

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**163052 - 163063**

Insert ou noyau, en polyéthylène highly cross-linked, d'une prothèse totale de disque lombaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33203

*Base de remboursement* 260,26 € *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 286,28 € *Marge de sécurité (€)* 26,02 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 260,26 €

**Conditions de remboursement :** L-§02

---

### L.1.3 Cage

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**171990 - 172001**

Ensemble des implants d'arthrodèse non mobile (cages) pour placement dans l'espace intervertébral cervical, par niveau

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 387,40 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 387,40 €

---

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172012 - 172023**

Ensemble des implants d'arthrodèse non mobile (cages) pour placement dans l'espace intervertébral thoraco-lombaire, par niveau

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 837,85 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 837,85 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

### 172034 - 172045

Ensemble des cages ou cales de corporectomie, y compris les éléments de fixation, end-cap ou end-ring

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.200,00 € | <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>     | 1.200,00 € |

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

### 172056 - 172060

Ensemble des vis ou ancres osseuses pour fixer une cage à la colonne vertébrale, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 240,00 € | <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>     | 240,00 € |

## L.1.4 Tige

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

### 172071 - 172082

Tige longitudinale pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 120,00 € | <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>     | 120,00 € |

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

### 172093 - 172104

Deux tiges y compris tous les éléments supplémentaires pour fixation à l'occiput, y compris les vis occipitales

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 600,00 € | <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>     | 600,00 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172115 - 172126**

Vis d'ancrage pour fixation de la tige, y compris le connecteur, les accessoires (staple, washer, ...) et toutes les pièces de fixation et d'attache

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 290,00 € | <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>     | 290,00 € |

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172130 - 172141**

Crochet ou clamp réductible d'ancrage pour fixation de la tige, y compris le connecteur, la bande de fixation, les accessoires (staple, washer, ...) et toutes les pièces de fixation et d'attache

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 290,00 € | <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>     | 290,00 € |

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172152 - 172163**

Point d'ancrage (ilio-)sacral avec 2 vis d'ancrage ou plus sur l'ilium et/ou le sacrum, fixées ensemble à la tige, y compris toutes les pièces de connexion, de fixation et d'attache

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 720,73 € | <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>     | 720,73 € |

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172174 - 172185**

Pince d'ancrage (crochet et contre-crochet) pour fixation à la tige, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache, connecteur inclus

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 450,00 € | <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>     | 450,00 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172196 - 172200**

Connexion transversale entre tiges, pour l'ensemble des composants, y compris tous les éléments de fixation

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 240,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 240,00 €

---

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172211 - 172222**

Connexion longitudinale pour tiges, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 110,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 110,00 €

---

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172233 - 172244**

Total des éléments d'un implant, fixé par 2 crochets/vis sur la même vertèbre, dans le but de corriger une spondylolyse

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.** 33403

*Base de remboursement* 800,00 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 800,00 €

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2017

**182210 - 182221**

Tige magnétique allongeable pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 36601

*Base de remboursement* 12.000,00 € *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 12.000,00 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 12.000,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§30

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2017

**182232 - 182243**

Tige magnétique allongeable de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 36601

*Base de remboursement* 12.000,00 € *Marge de sécurité (%)* 0,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 12.000,00 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 12.000,00 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§30

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2017

**182254 - 182265**

Tige magnétique allongeable de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

36601

*Base de remboursement*

12.000,00 € *Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

12.000,00 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 12.000,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§30

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2017

**182276 - 182280**

Tige magnétique allongeable supplémentaire pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

36602

*Base de remboursement*

6.000,00 € *Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

6.000,00 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 6.000,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§30

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2017

**182291 - 182302**

Tige magnétique allongeable supplémentaire de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

36602

*Base de remboursement*

6.000,00 € *Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

6.000,00 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 6.000,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§30

---

Date dernière modification : 1/10/2022

Date première publication :  
1/08/2017

**182313 - 182324**

Tige magnétique allongeable supplémentaire de remplacement pour fixation à la colonne vertébrale par vis, crochets et/ou clamp réductible, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

36602

*Base de remboursement*

6.000,00 € *Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

6.000,00 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 6.000,00 €

**Conditions de remboursement :** L-§30

---

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.1.5 Plaque

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172255 - 172266**

Plaque pour fixation à la colonne vertébrale au niveau cervical ou thoraco-lombaire

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 250,00 € | <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>     | 250,00 € |

**Conditions de remboursement :** L-§05

---

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172270 - 172281**

Vis d'ancrage à la colonne vertébrale d'une plaque cervicale ou thoraco-lombaire, y compris toutes les pièces de fixation et d'attache

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 60,00 € | <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>     | 60,00 € |

---

### L.1.7 Accessoires pour implants de la colonne vertébrale

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/07/2014

**164054 - 164065**

Câble pour fixation sublaminare d'une greffe, de deux vertèbres ou d'une tige, quel que soit le nombre des niveaux, pour l'ensemble du cerclage

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 240,20 € | <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>     | 240,20 € |

---

Date dernière modification : 1/07/2014

Date première publication :  
1/07/2014

**164076 - 164080**

Ciment, pour fixation complémentaire par injection dans des vis perforées dans la colonne vertébrale pour la totalité, par intervention

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <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 € |

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2015

Date première publication :  
1/04/2015

**172292 - 172303**

Vis isolée pour fixation d'odontoïde

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 150,00 € | <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>     | 150,00 € |

---

### L.1.8 Révision partielle

Date dernière modification : 1/08/2016

Date première publication :  
1/08/2016

**181016 - 181020**

Ensemble des accessoires, connecteurs, éléments d'attache ou de fixation d'un implant d'ancrage ou d'une cage, utilisés lors d'une révision partielle d'implants de la colonne vertébrale

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 120,00 € | <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>     | 120,00 € |

---

## L.2 Articulations

### L.2.1 Membre supérieur

#### L.2.1.1 Epaule

##### L.2.1.1.1 Tiges

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164091 - 164102**

Prothèse humérale monobloc

**Catégorie de remboursement :** I.C.a **Liste Nom.** 33601

|                              |            |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 847,74 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 1.017,28 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 169,54 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 847,74 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164113 - 164124**

Tige pour prothèse humérale modulaire (sur laquelle une tête peut être fixée), pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

**Catégorie de remboursement :** I.C.a **Liste Nom.** 33602

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 738,68 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 30,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 960,28 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 221,60 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 738,68 € |

**Conditions de remboursement :** L-§06

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164135 - 164146**

Tige pour prothèse humérale modulaire (sur laquelle une tête peut être fixée), pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                      |          |                              |          |                                     |          |
|--------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33603    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 738,68 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 30,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 960,28 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 221,60 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 738,68 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06    |                              |          |                                     |          |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164150 - 164161**

Tige humérale de première intention pour prothèse d'épaule inversée (parties diaphysaire et épiphysaire), pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                      |            |                              |          |                                     |          |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33604    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 842,78 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.011,33 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 168,55 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 842,78 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06      |                              |          |                                     |          |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164172 - 164183**

Tige humérale de première intention pour prothèse d'épaule inversée (parties diaphysaire et épiphysaire), pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33605    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.090,66 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 25,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.363,32 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 272,66 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.090,66 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06      |                              |          |                                     |            |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164194 - 164205**

Partie diaphysaire d'une tige humérale permettant le choix en per-opérateur entre une construction anatomique ou inversée, pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                      |          |                              |          |                                     |          |
|--------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33606    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 813,03 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 975,63 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 162,60 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 813,03 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06    |                              |          |                                     |          |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164216 - 164220**

Partie diaphysaire d'une tige humérale permettant le choix en per-opératoire entre une construction anatomique ou inversée, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                      |            |                              |          |                                     |          |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33607    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 966,72 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.160,06 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 193,34 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 966,72 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06      |                              |          |                                     |          |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164231 - 164242**

Partie épiphysaire d'une tige humérale : pièce en métal (exception faite des rehausseurs) permettant de passer d'une prothèse anatomique à une prothèse inversée ou inversément, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                      |          |                              |         |                                     |          |
|--------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33608   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 358,93 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 25,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 448,66 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 89,73 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 358,93 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06    |                              |         |                                     |          |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164253 - 164264**

Tige humérale modulaire longue, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                      |            |                              |          |                                     |          |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33609    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 961,76 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 25,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.202,20 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 240,44 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 961,76 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06      |                              |          |                                     |          |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164275 - 164286**

Tige humérale modulaire longue verrouillable, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement avec ciment, y compris tous les éléments d'assemblage et les vis de verrouillage

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33610    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.015,30 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 25,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.269,12 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 253,82 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.015,30 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06      |                              |          |                                     |            |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164290 - 164301**

Tige humérale modulaire longue, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                      |            |                              |          |                                     |          |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33611    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 961,76 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 25,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.202,20 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 240,44 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 961,76 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06      |                              |          |                                     |          |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164312 - 164323**

Tige humérale modulaire longue verrouillable, pour l'ensemble des éléments métalliques, dont la longueur est de 16 cm au moins, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, y compris tous les éléments d'assemblage et les vis de verrouillage

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33612    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.015,30 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 25,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.269,12 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 253,82 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.015,30 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§06      |                              |          |                                     |            |

### L.2.1.1.2 Tête

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164334 - 164345**

Prothèse céphalique pour remplacement de la seule tête humérale, dont le diamètre est supérieur ou égal à 35 mm

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33613    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 630,60 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 756,72 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 126,12 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 630,60 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164356 - 164360**

Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire, pour l'ensemble des composants dont le diamètre est inférieur à 35 mm

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33614    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.536,83 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.844,19 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 307,36 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.536,83 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§07      |                              |          |                                     |            |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164371 - 164382**

Tête humérale standard ou petite tête interne d'une tête bipolaire, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33615   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 378,76 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 454,51 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 75,75 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 378,76 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164393 - 164404**

Tête humérale bipolaire, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33616    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 630,60 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 756,72 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 126,12 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 630,60 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164415 - 164426**

Tête humérale en céramique, y compris tous les éléments d'assemblage

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33617    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 555,24 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 666,28 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 111,04 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 555,24 € |

### L.2.1.1.3 Glène

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164430 - 164441**

Glène pour prothèse de l'épaule - Standard en polyéthylène

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33618   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 327,19 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 392,62 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 65,43 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 327,19 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164452 - 164463**

Glène pour prothèse de l'épaule - Standard en polyéthylène highly cross-linked

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33619   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 327,19 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 392,62 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 65,43 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 327,19 € |

**Conditions de remboursement :** L-§08

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164474 - 164485**

Glène non-modulaire d'une pièce pour prothèse de l'épaule, avec partie externe en métal et partie intérieure recouverte de polyéthylène (metal backed)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33620

*Base de remboursement* 433,28 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 519,93 € *Marge de sécurité (€)* 86,65 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 433,28 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164496 - 164500**

Glène non-modulaire d'une pièce pour prothèse de l'épaule, avec partie externe en métal et partie intérieure recouverte de polyéthylène highly cross linked (metal backed)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33621

*Base de remboursement* 433,28 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 519,93 € *Marge de sécurité (€)* 86,65 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 433,28 €

**Conditions de remboursement :** L-§08

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164511 - 164522**

Partie externe d'une glène modulaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33622

*Base de remboursement* 347,03 € *Marge de sécurité (%)* 25,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 433,78 € *Marge de sécurité (€)* 86,75 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 347,03 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164533 - 164544**

Partie interne d'une glène modulaire pour prothèse anatomique de l'épaule

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33623

*Base de remboursement* 198,30 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 237,96 € *Marge de sécurité (€)* 39,66 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 198,30 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164555 - 164566**

Partie interne d'une glène modulaire pour prothèse anatomique de l'épaule en polyéthylène highly cross-linked

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33624

*Base de remboursement* 198,30 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 237,96 € *Marge de sécurité (€)* 39,66 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 198,30 €

**Conditions de remboursement :** L-§08

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |  |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|--|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>164570 - 164581</b>              | Partie interne d'une glène modulaire - implant sphérique pour prothèse d'épaule inversée |                              |          |                                     |          |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a  | <b>Liste Nom.</b>            | 33625    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 361,90 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 35,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 488,56 €   | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 126,66 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |  |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 361,90 € |

---

### L.2.1.1.4 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |   |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|---|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>164592 - 164603</b>              | Cupule humérale pour prothèse d'épaule inversée |                              |         |                                     |          |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 33626   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 198,30 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 237,96 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 39,66 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |   |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 198,30 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |                                   |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>164614 - 164625</b>              | Rehausseur pour prothèse d'épaule |                              |         |                                     |          |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a                             | <b>Liste Nom.</b>            | 33627   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 178,47 €                          | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 214,16 €                          | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 35,69 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |                                   |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 178,47 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |  |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|--|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>164636 - 164640</b>              | Spacer en ciment imprégné d'antibiotique |                              |         |                                     |          |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a                                    | <b>Liste Nom.</b>            | 33628   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 708,93 €                                 | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 779,82 €                                 | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 70,89 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |  |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 708,93 € |

---

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.2.1.1.5 Accessoires pour prothèses d'épaule

Date dernière modification : 1/11/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**164651 - 164662**

Vis utilisée lors du placement de la partie glénoïdienne d'une prothèse d'épaule - maximum quatre pièces, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement* 33,71 € *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 37,08 € *Marge de sécurité (€)* 3,37 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 33,71 €

---

### L.2.1.2 Coude

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164673 - 164684**

Composant huméral d'une prothèse totale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33701

*Base de remboursement* 1.140,23 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 1.368,27 € *Marge de sécurité (€)* 228,04 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 1.140,23 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164695 - 164706**

Composant ulnaire d'une prothèse totale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33702

*Base de remboursement* 713,88 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 856,65 € *Marge de sécurité (€)* 142,77 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 713,88 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164710 - 164721**

Composant pour condyle huméral d'une prothèse unicompartmentale de coude, y compris l'axe et les éléments d'assemblage

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33703

*Base de remboursement* 694,05 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 832,86 € *Marge de sécurité (€)* 138,81 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 694,05 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164732 - 164743**

Prothèse de la tête radiale, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33704

*Base de remboursement*

1.239,38 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.487,25 €

*Marge de sécurité (€)*

247,87 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.239,38 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164754 - 164765**

Prothèse de la tête radiale en silicone, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33705

*Base de remboursement*

218,13 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

261,75 €

*Marge de sécurité (€)*

43,62 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

218,13 €

### L.2.1.3 Poignet

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164776 - 164780**

Composant radial d'une prothèse totale radio-carpienne de poignet

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33706

*Base de remboursement*

1.239,38 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.487,25 €

*Marge de sécurité (€)*

247,87 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.239,38 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164791 - 164802**

Composant carpal d'une prothèse totale radio-carpienne de poignet

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33707

*Base de remboursement*

1.487,26 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.784,71 €

*Marge de sécurité (€)*

297,45 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.487,26 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164813 - 164824**

Prothèse de resurfacement du poignet à impacter dans le grand os du carpe

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33708

*Base de remboursement*

1.274,08 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.528,89 €

*Marge de sécurité (€)*

254,81 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.274,08 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164835 - 164846**

Prothèse de la tête ulnaire, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33709

*Base de remboursement*

1.288,96 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.546,75 €

*Marge de sécurité (€)*

257,79 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

1.288,96 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164850 - 164861**

Prothèse totale radio-carpienne de poignet en silicone

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33710

*Base de remboursement*

545,33 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

654,39 €

*Marge de sécurité (€)*

109,06 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

545,33 €

### L.2.1.4 Main

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164872 - 164883**

Prothèse de l'os semi-lunaire ou du scaphoïde du carpe

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33711

*Base de remboursement*

495,76 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

594,91 €

*Marge de sécurité (€)*

99,15 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

495,76 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164894 - 164905**

Prothèse d'interposition entre les os du carpe

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33712

*Base de remboursement*

495,76 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

594,91 €

*Marge de sécurité (€)*

99,15 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

495,76 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164916 - 164920**

Prothèse carpo-métacarpienne et/ou trapézo-métacarpienne, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33713

*Base de remboursement*

594,90 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

713,88 €

*Marge de sécurité (€)*

118,98 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

594,90 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164931 - 164942**

Prothèse métacarpo-phalangienne, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33714

*Base de remboursement*

803,12 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

963,74 €

*Marge de sécurité (€)*

160,62 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

803,12 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164953 - 164964**

Prothèse métacarpo-phalangienne en silicone, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33715

*Base de remboursement*

257,79 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

309,34 €

*Marge de sécurité (€)*

51,55 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

257,79 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164975 - 164986**

Prothèse interphalangienne (doigt), pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33716

*Base de remboursement*

991,51 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.189,81 €

*Marge de sécurité (€)*

198,30 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

991,51 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**164990 - 165001**

Prothèse interphalangienne (doigt) en silicone, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33717

*Base de remboursement*

257,79 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

309,34 €

*Marge de sécurité (€)*

51,55 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

257,79 €

---

### L.2.1.5 Autres

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**165012 - 165023**

Implants pour tendons de doigt

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

33718

*Base de remboursement*

356,95 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

428,34 €

*Marge de sécurité (€)*

71,39 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

356,95 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**165034 - 165045**

Prothèse totale radio-ulnaire avec appui radial, pour l'ensemble des composants

|                                     |            |                              |            |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33719      |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 5.651,58 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%     | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 6.781,89 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 1.130,31 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |            | <i>Montant du remboursement</i>     | 5.651,58 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**165056 - 165060**

Implant pour la cavité sigmoïde du radius

|                                     |            |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33720    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 941,93 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.130,31 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 188,38 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 941,93 € |

### L.2.1.6 Accessoires

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**165071 - 165082**

Vis osseuse pour prothèse radio-carpienne de poignet, maximum deux pièces, par pièce

|                                     |         |                              |        |                                     |         |
|-------------------------------------|---------|------------------------------|--------|-------------------------------------|---------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.B.a   |                              |        |                                     |         |
| <i>Base de remboursement</i>        | 33,71 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00% | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix maximum</i>                 | 37,08 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 3,37 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                                     |         |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 33,71 € |

### L.2.2 Membre inférieur

#### L.2.2.1 Hanche

##### L.2.2.1.1 Prothèses fémorales

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183035 - 183046**

Tige d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, placée lors d'une intervention primaire ou d'une révision d'une prothèse de resurfaçage, pour l'ensemble des composants

|                                      |          |                              |   |                                     |          |
|--------------------------------------|----------|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.D.f    |                              |   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 789,68 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i>         | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> | / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 39,48 €  |
|                                      |          |                              |   | <i>Montant du remboursement</i>     | 750,20 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09    |                              |   |                                     |          |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183050 - 183061**

Tige d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, placée lors d'une révision d'une prothèse totale de hanche, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.371,38 € | <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>     | 1.371,38 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183072 - 183083**

Composant fémoral d'une prothèse de resurfaçage, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 930,00 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 46,50 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 883,50 € |

**Conditions de remboursement :** L-§31,L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183094 - 183105**

Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 789,68 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 39,48 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 750,20 € |

**Conditions de remboursement :** L-§12,L-§09

---

### L.2.2.1.2 Tête pour tige de hanche

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/11/2016

**172550 - 172561**

Tête pour tige de hanche utilisée avec une cupule acétabulaire - métal en contact avec une surface en métal, avec un diamètre supérieur ou égal à 36mm

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183116 - 183120**

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, cône/adaptateur inclus – métal pour un couple de frottement autre que métal-métal

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 185,74 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 9,28 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 176,46 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183131 - 183142**

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus - métal en contact avec une surface en métal, avec un diamètre inférieur à 36 mm

**Catégorie de remboursement :**

I.E.f

**Liste Nom.** 36901

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 185,74 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 9,28 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 176,46 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183153 - 183164**

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus – céramique

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 352,35 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 17,61 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 334,74 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183175 - 183186**

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus - céramique, avec un diamètre supérieur ou égal à 38 mm

**Catégorie de remboursement :**

I.E.f

**Liste Nom.** 36902

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 674,02 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 33,70 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 640,32 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183190 - 183201**

Tête d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des éléments, cône/adaptateur inclus – bipolaire

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 488,28 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 24,41 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 463,87 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

### L.2.2.1.3 Partie acétabulaire (cupule)

#### L.2.2.1.3.1 Cupules non modulaires

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183212 - 183223**

Cupule non modulaire en polyéthylène d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 269,16 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 13,45 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 255,71 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183234 - 183245**

Cupule non modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, à utiliser sans ciment - surface de frottement en polyéthylène

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 714,61 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 35,73 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 678,88 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183256 - 183260**

Cupule non modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, à utiliser avec ou sans ciment- surface de frottement en métal

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 714,61 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 35,73 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 678,88 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183271 - 183282**

Cupule non modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants, à utiliser avec ou sans ciment- surface de frottement en céramique

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 852,18 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 42,60 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 809,58 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

### L.2.2.1.3.2 Cupules modulaires

#### L.2.2.1.3.2.1 Partie interne

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183293 - 183304**

Partie interne d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en polyéthylène

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 195,76 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 9,78 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 185,98 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183315 - 183326**

Partie interne d'une cupule modulaire à double mobilité d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en polyéthylène

**Catégorie de remboursement :**

I.E.f

**Liste Nom.** 36903

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 436,39 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 21,81 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 414,58 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183330 - 183341**

Partie interne d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en métal

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 195,76 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 9,78 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 185,98 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183352 - 183363**

Partie interne d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour l'ensemble des composants- surface de frottement en céramique

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 333,33 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 16,66 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 316,67 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

### L.2.2.1.3.2.2 Partie externe

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183374 - 183385**

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.D.f

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 518,85 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 25,94 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 492,91 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183396 - 183400**

Partie externe d'une cupule modulaire à double-mobilité d'une prothèse de hanche, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.E.f

**Liste Nom.** 36904

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 570,74 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 28,53 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 542,21 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183411 - 183422**

Partie externe monobloc d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour reconstruction du cotyle, à fixation iliaque intramédullaire, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.** 36905

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 958,04 € | <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>     | 958,04 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183433 - 183444**

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, en métal poreux, pour reconstruction du cotyle, où les défauts osseux peuvent être comblés par des éléments modulaire séparés, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

36906

*Base de remboursement*

789,68 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

789,68 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183455 - 183466**

Partie externe d'une cupule modulaire d'une prothèse de hanche, pour reconstruction du cotyle, avec des éléments fixes pour fixation extra-acétabulaire au moyen de minimum 3 pattes avec 2 points de fixation par patte, à utiliser avec ou sans ciment, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

36907

*Base de remboursement*

661,52 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

661,52 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09

### L.2.2.1.4 Spacer

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183470 - 183481**

Spacer pour prothèse de hanche, en ciment avec antibiotique, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

750,19 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

750,19 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09

### L.2.2.1.6 Accessoires pour prothèses de hanche

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183492 - 183503**

Vis ou plot utilisé lors du placement d'une cupule acétabulaire, par pièce - maximum cinq pièces

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

34,03 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

34,03 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183514 - 183525**

Vis ou plot utilisé lors du placement d'une cupule acétabulaire de reconstruction

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 34,03 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 34,03 €

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183536 - 183540**

Support acétabulaire pour cupule

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 220,22 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 220,22 €

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183551 - 183562**

Implant de reconstruction modulaire pour remplissage des défauts osseux cotyloïdiens ( cales, renforts, obturateurs ... acétabulaires ), y compris toutes les pièces de fixation à la cupule, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 875,89 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 875,89 €

**Conditions de remboursement :** L-§09,L-§13

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/06/2018

**183573 - 183584**

Ensemble des vis de verrouillage d'une tige d'une prothèse de hanche

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

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

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

*Montant du remboursement* 55,00 €

---

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.2.2.2 Genou

#### L.2.2.2.1 Composants fémoraux

##### L.2.2.2.1.1 Unicondylaire

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 165874 - 165885

Composant fémoral unicondylaire, pour un placement avec ciment

|                                      |            |                              |          |                                     |          |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34001    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 961,76 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.154,11 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 192,35 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 961,76 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09      |                              |          |                                     |          |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 165896 - 165900

Composant fémoral unicondylaire pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34002    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.189,81 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.427,77 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 237,96 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.189,81 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09      |                              |          |                                     |            |

##### L.2.2.2.1.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 165911 - 165922

Composant fémoral bicondylaire, pour un placement avec ciment

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34003    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.269,13 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.522,95 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 253,82 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.269,13 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09      |                              |          |                                     |            |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 165933 - 165944

Composant fémoral bicondylaire pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34004    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.269,13 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.522,95 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 253,82 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.269,13 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09      |                              |          |                                     |            |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**165955 - 165966**

Composant fémoral bicondytaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                     |            |                              |          |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34005    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 1.388,11 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.665,73 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 277,62 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.388,11 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**165970 - 165981**

Composant fémoral bicondytaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique

|                                     |            |                              |          |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34006    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 1.388,11 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.665,73 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 277,62 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.388,11 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/05/2015

**171113 - 171124**

Composant fémoral bicondytaire pour révision, pour un placement avec ciment

|                                     |            |                              |          |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34070    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 1.564,64 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 25,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.955,80 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 391,16 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.564,64 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166036 - 166040**

Composant fémoral bicondytaire pour révision, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                     |            |                              |          |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34009    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 1.487,26 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.784,71 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 297,45 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.487,26 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.2.2.2.1.3 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166073 - 166084**

Composant fémoral d'une prothèse à charnière modulaire, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34011    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.968,13 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 2.361,75 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 393,62 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.968,13 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09      |                              |          |                                     |            |

### L.2.2.2.1.4 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166095 - 166106**

Composant fémoral d'une prothèse bicompartimentale, pour un placement avec ciment

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34012    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.189,81 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.427,77 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 237,96 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.189,81 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09      |                              |          |                                     |            |

### L.2.2.2.1.5 Implant de surface

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166110 - 166121**

Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire (excepté au niveau de la trochlée), pour l'ensemble des composants

|                                      |             |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|-------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a       | <b>Liste Nom.</b>            | 34013    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.536,83 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.844,19 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 307,36 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |             |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.536,83 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§15,L-§09 |                              |          |                                     |            |

### L.2.2.2.2 Composants tibiaux

#### L.2.2.2.2.1 Unicondytaire

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166132 - 166143**

Composant tibial unicondytaire monobloc en polyéthylène

|                                      |          |                              |          |                                     |          |
|--------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34014    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 644,48 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 773,37 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 128,89 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 644,48 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09    |                              |          |                                     |          |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

|                                      |   |                              |                                 |  |
|--------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>166154 - 166165</b>               | Composant tibial unicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 34015                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>         | 644,48 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                  | 773,37 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 128,89 €                        | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                      |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 644,48 €                                   |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§08,L-§09   |                              |                                 |  |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

|                                      |   |                              |                                 |  |
|--------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>166176 - 166180</b>               | Composant tibial unicondylaire monobloc metal-backed, pour un placement avec ciment |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 34016                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>         | 396,61 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                  | 475,93 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                      |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 396,61 €                                   |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09   |                              |                                 |  |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

|                                      |   |                              |                                 |  |
|--------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>166191 - 166202</b>               | Composant tibial unicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 34017                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>         | 396,61 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                  | 475,93 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                      |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 396,61 €                                   |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09   |                              |                                 |  |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

|                                      |  |                              |                                 |  |
|--------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>166213 - 166224</b>               | Embase tibiale unicondylaire pour un placement avec ciment |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a  | <b>Liste Nom.</b>            | 34018                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>         | 644,48 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                  | 773,37 €   | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 128,89 €                        | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                      |  |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 644,48 €                                   |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09  |                              |                                 |  |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

|                                      |   |                              |                                 |  |
|--------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>166235 - 166246</b>               | Embase tibiale unicondylaire, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 34019                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>         | 694,05 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                  | 832,86 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 138,81 €                        | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                      |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 694,05 €                                   |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09   |                              |                                 |  |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166250 - 166261**

Insert unicondylaire en polyéthylène

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34020

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 297,45 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 356,94 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 59,49 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 297,45 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166272 - 166283**

Insert unicondylaire en polyéthylène highly cross-linked

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34021

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 297,45 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 356,94 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 59,49 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 297,45 € |

**Conditions de remboursement :** L-§08,L-§09

### L.2.2.2.2 Bicondylaire

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166294 - 166305**

Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34022

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 322,24 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 386,68 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 64,44 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 322,24 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166316 - 166320**

Composant tibial bicondylaire monobloc en polyéthylène highly cross-linked

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34023

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 322,24 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 386,68 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 64,44 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 322,24 € |

**Conditions de remboursement :** L-§08,L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166331 - 166342**

Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed pour un placement avec ciment

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34024

|                              |            |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 889,38 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 1.067,25 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 177,87 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 889,38 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166353 - 166364**

Composant tibial bicondylaire monobloc metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                     |            |                              |          |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34025    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 1.110,49 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.332,58 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 222,09 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.110,49 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166375 - 166386**

Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34026    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 793,20 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 951,84 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 158,64 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 793,20 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166390 - 166401**

Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment, avec traitement nitruré anti-allergique

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34027    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 793,20 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 951,84 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 158,64 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 793,20 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166412 - 166423**

Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                     |            |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34028    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 941,93 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.130,31 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 188,38 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 941,93 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166434 - 166445**

Embase tibiale bicondylaire, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, avec traitement nitruré anti-allergique

|                                     |            |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34029    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 941,93 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.130,31 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 188,38 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 941,93 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/05/2015

**171135 - 171146**

Insert bicondylaire en polyéthylène

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34071

*Base de remboursement*

401,23 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

481,47 €

*Marge de sécurité (€)*

80,24 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

401,23 €

Conditions de remboursement : L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166471 - 166482**

Insert bicondylaire en polyéthylène highly cross-linked

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34031

*Base de remboursement*

446,18 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

535,41 €

*Marge de sécurité (€)*

89,23 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

446,18 €

Conditions de remboursement : L-§08,L-§09

---

### L.2.2.2.2.3 Bicondylaire (pour révision)

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166530 - 166541**

Embase tibiale bicondylaire pour révision, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34034

*Base de remboursement*

892,35 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.070,82 €

*Marge de sécurité (€)*

178,47 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

892,35 €

Conditions de remboursement : L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166552 - 166563**

Embase tibiale bicondylaire pour révision, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34035

*Base de remboursement*

991,51 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.189,81 €

*Marge de sécurité (€)*

198,30 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

991,51 €

Conditions de remboursement : L-§09

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/05/2015

**171150 - 171161**

Insert en polyéthylène bicondyalaire pour révision

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34072

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 530,06 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 636,07 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 106,01 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 530,06 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166596 - 166600**

Insert bicondyalaire en polyéthylène highly cross-linked, pour révision

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34037

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 495,76 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 594,91 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 99,15 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 495,76 € |

**Conditions de remboursement :** L-§08,L-§09

### L.2.2.2.2.4 Composant tibial de prothèse à charnière modulaire

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166655 - 166666**

Composant tibial d'une prothèse à charnière modulaire monobloc metal-backed, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34040

|                              |            |                              |          |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.363,32 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 1.635,98 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 272,66 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.363,32 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166670 - 166681**

Embase tibiale d'une prothèse à charnière modulaire, y compris l'axe, pour un placement avec ciment

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34041

|                              |            |                              |          |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.189,81 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 1.427,77 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 237,96 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.189,81 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166692 - 166703**

Insert en polyéthylène d'une prothèse à charnière modulaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34042

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 396,61 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 475,93 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 396,61 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166714 - 166725**

Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse à charnière modulaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34043

*Base de remboursement*

396,61 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

475,93 €

*Marge de sécurité (€)*

79,32 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

396,61 €

Conditions de remboursement : L-§08,L-§09

### L.2.2.2.5 Bicompartimental

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166736 - 166740**

Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34044

*Base de remboursement*

322,24 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

386,68 €

*Marge de sécurité (€)*

64,44 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

322,24 €

Conditions de remboursement : L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166751 - 166762**

Composant tibial d'une prothèse bicompartimentale, monobloc en polyéthylène highly cross-linked

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34045

*Base de remboursement*

322,24 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

386,68 €

*Marge de sécurité (€)*

64,44 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

322,24 €

Conditions de remboursement : L-§08,L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166773 - 166784**

Embase tibiale d'une prothèse bicompartimentale, y compris les obturateurs, pour un placement avec ciment

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34046

*Base de remboursement*

793,20 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

951,84 €

*Marge de sécurité (€)*

158,64 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

793,20 €

Conditions de remboursement : L-§09

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166795 - 166806**

Embase tibiale d'une prothèse bicompartimentale, y compris les obturateurs, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                     |            |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34047    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 941,93 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.130,31 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 188,38 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 941,93 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166810 - 166821**

Insert en polyéthylène d'une prothèse bicompartimentale

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34048   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 396,61 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 475,93 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 396,61 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166832 - 166843**

Insert en polyéthylène highly cross-linked d'une prothèse bicompartimentale

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34049   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 396,61 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 475,93 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 396,61 € |

**Conditions de remboursement :** L-§08,L-§09

### L.2.2.2.3 Spacer

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166854 - 166865**

Spacer en ciment imprégné d'antibiotique

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34050   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 713,88 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 785,26 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 71,38 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 713,88 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.2.2.2.4 Composants fémoro-patellaires

#### L.2.2.2.4.1 Trochlée

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 166876 - 166880

Trochlée pour un placement avec ciment

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34051    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.006,38 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.207,65 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 201,27 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.006,38 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09      |                              |          |                                     |            |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 166891 - 166902

Trochlée pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                      |            |                              |          |                                     |            |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34052    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>         | 1.330,60 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                  | 1.596,72 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 266,12 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                      |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.330,60 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09      |                              |          |                                     |            |

#### L.2.2.2.4.2 Rotule

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 166913 - 166924

Rotule en polyéthylène

|                                      |          |                              |         |                                     |          |
|--------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34053   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 188,38 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 226,05 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 37,67 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 188,38 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§09    |                              |         |                                     |          |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 166935 - 166946

Rotule en polyéthylène highly cross-linked

|                                      |             |                              |         |                                     |          |
|--------------------------------------|-------------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b>  | I.C.a       | <b>Liste Nom.</b>            | 34054   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>         | 203,26 €    | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                  | 243,91 €    | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 40,65 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                      |             |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 203,26 € |
| <b>Conditions de remboursement :</b> | L-§08,L-§09 |                              |         |                                     |          |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166950 - 166961**

Rotule mobile metal-backed, pour un placement avec ciment

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34055   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 337,12 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 404,54 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 67,42 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 337,12 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166972 - 166983**

Rotule fixe metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34056   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 337,12 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 404,54 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 67,42 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 337,12 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**166994 - 167005**

Rotule mobile metal-backed, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34057   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 366,86 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 440,23 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 73,37 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 366,86 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

### L.2.2.2.5 Prothèse à charnière

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167016 - 167020**

Prothèse totale de genou à charnière, pour un placement avec ciment

|                                     |            |                              |          |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34058    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 3.024,10 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 3.628,92 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 604,82 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 3.024,10 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167031 - 167042**

Charnière pour prothèse modulaire, pour placement avec ciment

|                                     |            |                              |          |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34059    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 2.875,36 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 3.450,43 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 575,07 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 2.875,36 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.2.2.2.6 Tiges

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 167053 - 167064

Tige tibiale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34060   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 297,45 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 356,94 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 59,49 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 297,45 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 167075 - 167086

Tige tibiale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34061   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 347,03 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 416,43 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 69,40 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 347,03 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 167090 - 167101

Tige fémorale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34062    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 507,65 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 609,18 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 101,53 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 507,65 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

#### 167112 - 167123

Tige fémorale standard, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34063    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 507,65 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 609,18 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 101,53 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 507,65 € |

**Conditions de remboursement :** L-§09

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167134 - 167145**

Tige standard fémorale ou tibiale, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34064

*Base de remboursement*

297,45 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

356,94 €

*Marge de sécurité (€)*

59,49 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

297,45 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167156 - 167160**

Tige standard fémorale ou tibiale, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34065

*Base de remboursement*

347,03 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

416,43 €

*Marge de sécurité (€)*

69,40 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

347,03 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167171 - 167182**

Tige offset, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34066

*Base de remboursement*

555,24 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

666,28 €

*Marge de sécurité (€)*

111,04 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

555,24 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09

---

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167193 - 167204**

Tige offset, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34067

*Base de remboursement*

555,24 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

666,28 €

*Marge de sécurité (€)*

111,04 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

555,24 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167215 - 167226**

Tige pour une prothèse à charnière, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour un placement avec ciment

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34068

*Base de remboursement*

570,11 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

684,13 €

*Marge de sécurité (€)*

114,02 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

570,11 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167230 - 167241**

Tige pour une prothèse à charnière, y compris tous les éléments d'assemblage et le centraliseur, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34069

*Base de remboursement*

694,05 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

832,86 €

*Marge de sécurité (€)*

138,81 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

694,05 €

**Conditions de remboursement :**

L-§09

### L.2.2.2.7 Accessoires pour prothèses de genou

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167252 - 167263**

Coin ou cale fémorale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement*

297,45 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

356,94 €

*Marge de sécurité (€)*

59,49 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

297,45 €

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167274 - 167285**

Coin ou cale fémorale, y compris les vis d'assemblage, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement*

297,45 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

356,94 €

*Marge de sécurité (€)*

59,49 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

297,45 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167296 - 167300**

Coin ou cale tibiale, y compris les vis d'assemblage, pour placement avec ciment, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 366,86 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 440,23 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 73,37 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 366,86 € |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167311 - 167322**

Coin ou cale tibiale, y compris les vis d'assemblage, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 366,86 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 440,23 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 73,37 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 366,86 € |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167333 - 167344**

Manchon tibial ou fémoral pour placement avec ciment, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 525,50 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 630,60 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 105,10 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 525,50 € |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167355 - 167366**

Manchon tibial ou fémoral, pour placement sans ciment, avec ou sans revêtement, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |            |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 951,84 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 1.142,20 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 190,36 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 951,84 € |

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167370 - 167381**

Vis osseuse, maximum quatre pièces, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

|                              |         |                              |        |                                     |         |
|------------------------------|---------|------------------------------|--------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 39,66 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 10,00% | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix maximum</i>          | 43,62 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 3,96 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 39,66 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167392 - 167403**

Plug osseux, maximum deux pièces, par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.B.a

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,72 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 178,46 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 29,74 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 148,72 € |

---

### L.2.2.3 Cheville

Date dernière modification : 1/07/2022

Date première publication :  
1/07/2022

**182652 - 182663**

Prothèse de cheville pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :** I.D.f

|                              |            |                              |   |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|---|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2.528,33 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 5,00%      |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /          | <i>Marge de sécurité (€)</i> | / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 126,41 €   |
|                              |            |                              |   | <i>Montant du remboursement</i>     | 2.401,92 € |

**Conditions de remboursement :** L-§16

---

Date dernière modification : 1/07/2022

Date première publication :  
1/07/2022

**182674 - 182685**

Composant talaire d'une prothèse de cheville, placé lors d'une révision partielle d'une prothèse totale de cheville, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                              |   |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|---|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.189,81 € | <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>     | 1.189,81 € |

**Conditions de remboursement :** L-§16

---

Date dernière modification : 1/07/2022

Date première publication :  
1/07/2022

**182696 - 182700**

Composant tibial d'une prothèse de cheville, placé lors d'une révision partielle d'une prothèse totale de cheville, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |            |                              |   |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|---|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 1.011,33 € | <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>     | 1.011,33 € |

**Conditions de remboursement :** L-§16

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/07/2022

Date première publication :  
1/07/2022

**182711 - 182722**

Insert d'une prothèse de cheville, placé lors d'une révision partielle d'une prothèse totale de cheville

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 327,19 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 327,19 €

**Conditions de remboursement :** L-§16

---

### L.2.2.4 Pied

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167554 - 167565**

Hémi-prothèse métatarso-phalangienne, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33721

*Base de remboursement* 634,56 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 761,47 € *Marge de sécurité (€)* 126,91 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 634,56 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167576 - 167580**

Prothèse d'interposition métatarso-phalangienne

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33722

*Base de remboursement* 480,88 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 577,05 € *Marge de sécurité (€)* 96,17 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 480,88 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167591 - 167602**

Prothèse totale métatarso-phalangienne, pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33723

*Base de remboursement* 1.417,85 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 1.701,42 € *Marge de sécurité (€)* 283,57 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 1.417,85 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167613 - 167624**

Prothèse interphalangienne (orteil), pour l'ensemble des composants

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 33724

*Base de remboursement* 371,81 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 446,17 € *Marge de sécurité (€)* 74,36 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 371,81 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167635 - 167646**

Prothèse interphalangienne (orteil) en silicone, pour l'ensemble des composants

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33725   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 277,62 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 333,14 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 55,52 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 277,62 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167650 - 167661**

Implant sub-talaire pour correction du pied plat

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33726   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 421,39 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 505,66 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 84,27 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 421,39 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167672 - 167683**

Implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire au niveau de l'astragale, pour l'ensemble des composants

|                                     |            |                              |          |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 33727    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 1.536,83 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 1.844,19 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 307,36 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.536,83 € |

Date dernière modification : 1/07/2021

Date première publication :  
1/07/2021

**181716 - 181720**

Implant de cartilage synthétique constitué d'un polymère hydraté qui est placé dans l'os pour le traitement d'hallux rigidus avec un grade Coughlin et Shurnas d'au moins 2

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 33728    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 634,56 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 761,47 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 126,91 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 634,56 € |

### L.2.3 Prothèse de remplacement du cortex osseux

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167694 - 167705**

Ensemble des éléments composant une prothèse de remplacement du cortex osseux

|                                     |       |                              |   |                                     |        |
|-------------------------------------|-------|------------------------------|---|-------------------------------------|--------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.F.a |                              |   |                                     |        |
| <i>Base de remboursement</i>        | CMD   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%  |
| <i>Prix plafond/ maximum</i>        | /     | <i>Marge de sécurité (€)</i> | / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 € |
|                                     |       |                              |   | <i>Montant du remboursement</i>     | CMD    |

## L. Orthopédie et traumatologie

Conditions de remboursement : L-§09,L-§17

### L.2.4 Prothèses articulaires sur mesure

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167716 - 167720**

Prothèse sur mesure à l'exception des cupules de reconstruction (confectionnée individuellement selon les différentes dimensions)

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

Conditions de remboursement : L-§09,L-§18

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/04/2015

**170796 - 170800**

Partie externe d'une cupule modulaire de reconstruction, sur mesure, à 3 points d'appui (triflanged), sans partie poreuse pour le comblement des défauts osseux

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

35301

*Base de remboursement*

4.952,50 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

4.952,50 €

Conditions de remboursement : L-§09,L-§13

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/04/2016

**172535 - 172546**

Partie externe d'une cupule modulaire de reconstruction, sur mesure, à 3 points d'appui (triflanged), et avec une ou plusieurs parties fixes en métal poreux pour le comblement des défauts osseux

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

35302

*Base de remboursement*

8.419,25 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

8.419,25 €

Conditions de remboursement : L-§09,L-§13

### L.2.5 Divers

Date dernière modification : 1/03/2023

Date première publication :  
1/07/2014

**167731 - 167742**

Composant d'une prothèse articulaire, utilisé lors d'une révision

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

CMD

Conditions de remboursement : L-§09,L-§19

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.3 Traumatologie et ostéosynthèse

#### L.3.1 Clou

##### L.3.1.1 Clou élastique

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |                |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|----------------|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>167753 - 167764</b>              | Clou élastique |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a          | <b>Liste Nom.</b>            | 34201                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 79,32 €        | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 95,18 €        | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 15,86 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |                |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 79,32 €                                    |

---

##### L.3.1.2 Clou centromédullaire, verrouillable

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |  |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>167775 - 167786</b>              | Clou huméral, centromédullaire verrouillable |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a  | <b>Liste Nom.</b>            | 34202                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 495,76 €                                     | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 594,91 €                                     | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 99,15 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |  |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 495,76 €                                   |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |   |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>167790 - 167801</b>              | Clou fémoral ou tibial, centromédullaire, verrouillable |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 34203                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 446,18 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 535,41 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 89,23 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 446,18 €                                   |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |   |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>167812 - 167823</b>              | Clou pour avant-bras, centromédullaire, verrouillable |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 34204                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 371,81 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 446,17 €  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 74,36 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 371,81 €                                   |

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167834 - 167845**

Clou pour trochanter, centromédullaire, verrouillable (jusqu'à 24 cm y compris) avec implant cervical, y compris la vis de blocage et/ou l'implant anti-rotation

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34205    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 644,48 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 773,37 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 128,89 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 644,48 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167856 - 167860**

Clou long pour trochanter, centromédullaire, verrouillable (plus de 24 cm) avec implant cervical, y compris la vis de blocage et/ou l'implant anti-rotation

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34206    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 822,95 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 987,54 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 164,59 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 822,95 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167871 - 167882**

Vis-clou canulé verrouillable

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34207   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 381,73 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 458,07 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 76,34 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 381,73 € |

### L.3.1.3 Clou pour arthrodèse, centromédullaire verrouillable

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167893 - 167904**

Clou simple pour arthrodèse du genou, centromédullaire, verrouillable

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34208    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 793,20 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 951,84 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 158,64 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 793,20 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167915 - 167926**

Clou assemblé pour arthrodèse du genou, centromédullaire, verrouillable

|                                     |            |                              |          |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|------------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      | <b>Liste Nom.</b>            | 34209    |                                     |            |
| <i>Base de remboursement</i>        | 1.844,20 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>                 | 2.213,04 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 368,84 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                                     |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 1.844,20 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167930 - 167941**

Clou pour arthrodèse de la cheville, centromédullaire, verrouillable

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34210

*Base de remboursement*

570,11 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

684,13 €

*Marge de sécurité (€)*

114,02 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

570,11 €

### L.3.1.4 Clou centromédullaire pour allongement du membre

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**167974 - 167985**

Clou assemblé centromédullaire télescopique (qui s'allonge lorsque l'os grandit)

**Catégorie de remboursement :**

I.E.a

**Liste Nom.**

36701

*Base de remboursement*

3.464,77 €

*Marge de sécurité (%)* /

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€)* /

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

3.464,77 €

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**167996 - 168000**

Clou centromédullaire dynamique pour allongement du fémur ou tibia

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34213

*Base de remboursement*

5.552,43 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

5.552,43 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

5.552,43 €

**Conditions de remboursement :** L-§20

### L.3.1.5 Vis de verrouillage pour clou centromédullaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168011 - 168022**

Vis de verrouillage pour clou centromédullaire, y compris le mécanisme de verrouillage

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34214

*Base de remboursement*

69,40 €

*Marge de sécurité (%)* 20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

83,28 €

*Marge de sécurité (€)* 13,88 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

69,40 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168033 - 168044**

Lame de verrouillage pour clou centromédullaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34215

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 138,81 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 166,57 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 27,76 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 138,81 € |

---

### L.3.1.6 Eléments de fixation et accessoires pour clou centromédullaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168055 - 168066**

Endcap pour clou centromédullaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34216

|                              |         |                              |         |                                     |         |
|------------------------------|---------|------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 57,51 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix maximum</i>          | 69,01 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 11,50 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 57,51 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168070 - 168081**

Vis condyloire et écrou pour clou centromédullaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34217

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 178,47 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 214,16 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 35,69 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 178,47 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168092 - 168103**

Washer pour clou centromédullaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34218

|                              |         |                              |        |                                     |         |
|------------------------------|---------|------------------------------|--------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 49,57 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00% | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix maximum</i>          | 59,48 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 9,91 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 49,57 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168114 - 168125**

Vis de compression pour clou centromédullaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34219

|                              |         |                              |         |                                     |         |
|------------------------------|---------|------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 64,45 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix maximum</i>          | 77,34 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 12,89 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 64,45 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |   |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>168136 - 168140</b>              | Vis de blocage pour clou centromédullaire, à l'exception de la vis de blocage d'un implant cervical |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a   | <b>Liste Nom.</b>            | 34220                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 57,51 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 69,01 €   | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 11,50 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |   |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 57,51 €                                    |

---

### L.3.2 Lame plaque

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |                         |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>168151 - 168162</b>              | Lame plaque non-canalée |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a                   | <b>Liste Nom.</b>            | 34301                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 242,92 €                | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 291,50 €                | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 48,58 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |                         |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 242,92 €                                   |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |                     |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>168173 - 168184</b>              | Lame plaque canalée |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a               | <b>Liste Nom.</b>            | 34302                           |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 242,92 €            | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%                          | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 291,50 €            | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 48,58 €                         | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |                     |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 242,92 €                                   |

---

### L.3.3 Vis, agrafe et broche

#### L.3.3.1 Vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

|                                     |  |                              |                                 |  |
|-------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>168195 - 168206</b>              | Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canalée, sans possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis |                              |                                 |  |
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.D.a  |                              |                                 |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 26,77 €  | <i>Marge de sécurité (%)</i> | /                               | <i>Intervention personnelle (%)</i> 0,00%  |
| <i>Prix plafond/ maximum</i>        | /  | <i>Marge de sécurité (€)</i> | /                               | <i>Intervention personnelle (€)</i> 0,00 € |
|                                     |  |                              | <i>Montant du remboursement</i> | 26,77 €                                    |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168210 - 168221**

Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, non auto-perforante, avec possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 36,69 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 36,69 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168232 - 168243**

Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, auto-perforante, avec possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 36,69 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 36,69 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168254 - 168265**

Vis ou cheville d'ostéosynthèse non canulée, avec propriétés « low profile », pour l'ensemble des composants, par vis

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 26,77 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 26,77 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168276 - 168280**

Vis ou cheville d'ostéosynthèse canulée, sans possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 99,15 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 99,15 €

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168291 - 168302**

Vis ou cheville d'ostéosynthèse canulée, avec possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 99,15 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 99,15 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168313 - 168324**

Vis de compression sans tête (type « HERBERT ») non canulée, pour l'ensemble des composants, par vis

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 118,98 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 118,98 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168335 - 168346**

Vis de compression sans tête (type « HERBERT ») canulée, pour l'ensemble des composants, par vis

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 138,81 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* 138,81 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/12/2016

**180176 - 180180**

Système intramédullaire, autre qu'une broche, pour arthrodèse des phalanges, pour l'ensemble des composants, par articulation

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 138,67 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 138,67 €

---

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.3.3.2 Accessoires pour vis d'ostéosynthèse

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168350 - 168361**

Ecrou pour vis ou cheville d'ostéosynthèse, par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 26,77 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 26,77 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**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> | 21,81 € | <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>     | 21,81 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168394 - 168405**

Spacer pour vis ou cheville d'ostéosynthèse , par pièce

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 11,90 € | <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>     | 11,90 € |

### L.3.3.3 Agrafe

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168416 - 168420**

Agrafe ligamentaire ou agrafe pour ostéosynthèse, sans mémoire de forme ou compression, par agrafe

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 69,40 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 69,40 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168431 - 168442**

Agrafe ligamentaire ou agrafe pour ostéosynthèse, avec mémoire de forme ou compression, par agrafe

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 128,89 € | <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>     | 128,89 € |

---

### L.3.3.4 Broche utilisée en tant qu'implant

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168453 - 168464**

Broche, avec ou sans filetage, quel que soit le diamètre, à l'exception des broches pour fixateur externe, par pièce

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 15,87 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 15,87 € |

---

### L.3.4 Plaque d'ostéosynthèse

#### L.3.4.1 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168475 - 168486**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34303

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 396,61 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 475,93 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 396,61 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168490 - 168501**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34304

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 396,61 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 475,93 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 396,61 € |

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168512 - 168523**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34305

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 475,93 € *Marge de sécurité (€)* 79,32 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168534 - 168545**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34306

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 475,93 € *Marge de sécurité (€)* 79,32 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168556 - 168560**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34307

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 475,93 € *Marge de sécurité (€)* 79,32 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168571 - 168582**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34308

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 475,93 € *Marge de sécurité (€)* 79,32 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168593 - 168604**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34309

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 475,93 € *Marge de sécurité (€)* 79,32 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168615 - 168626**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34310

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 475,93 € *Marge de sécurité (€)* 79,32 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168630 - 168641**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34311

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 475,93 € *Marge de sécurité (€)* 79,32 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168652 - 168663**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34312

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 475,93 € *Marge de sécurité (€)* 79,32 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168674 - 168685**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de la fibula distale

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34313   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 396,61 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 475,93 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 396,61 € |

---

### L.3.4.2 Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168696 - 168700**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus proximal

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34314    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 520,54 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 624,64 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 104,10 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 520,54 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168711 - 168722**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'humérus distal

|                                     |          |                              |          |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34315    |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 520,54 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 624,64 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 104,10 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 520,54 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168733 - 168744**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius proximal

|                                     |          |                              |         |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a    | <b>Liste Nom.</b>            | 34316   |                                     |          |
| <i>Base de remboursement</i>        | 396,61 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>                 | 475,93 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 79,32 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                                     |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 396,61 € |

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168755 - 168766**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du radius distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34317

*Base de remboursement*

396,61 €

*Marge de sécurité (%)* 20,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

475,93 €

*Marge de sécurité (€)* 79,32 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168770 - 168781**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34318

*Base de remboursement*

396,61 €

*Marge de sécurité (%)* 20,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

475,93 €

*Marge de sécurité (€)* 79,32 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168792 - 168803**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de l'ulna distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34319

*Base de remboursement*

396,61 €

*Marge de sécurité (%)* 20,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

475,93 €

*Marge de sécurité (€)* 79,32 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168814 - 168825**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une arthrodèse au niveau du poignet

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34320

*Base de remboursement*

396,61 €

*Marge de sécurité (%)* 20,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

475,93 €

*Marge de sécurité (€)* 79,32 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168836 - 168840**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34321

*Base de remboursement*

520,54 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

624,64 €

*Marge de sécurité (€)*

104,10 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

520,54 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168851 - 168862**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du fémur distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34322

*Base de remboursement*

520,54 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

624,64 €

*Marge de sécurité (€)*

104,10 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

520,54 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168873 - 168884**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia proximal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34323

*Base de remboursement*

441,22 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

529,46 €

*Marge de sécurité (€)*

88,24 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

441,22 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168895 - 168906**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau du tibia distal

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34324

*Base de remboursement*

441,22 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

529,46 €

*Marge de sécurité (€)*

88,24 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

441,22 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168910 - 168921**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, conçue pour une utilisation au niveau de la fibula distale

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34325

*Base de remboursement* 396,61 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 475,93 € *Marge de sécurité (€)* 79,32 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 396,61 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/05/2015

**171091 - 171102**

Plaque d'ostéosynthèse péri-articulaire préformée, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire conçue pour une arthrodèse au niveau de la cheville

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34346

*Base de remboursement* 441,22 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 529,46 € *Marge de sécurité (€)* 88,24 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 441,22 €

---

### L.3.4.3 Implant d'ostéosynthèse à localisation anatomique

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168932 - 168943**

Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour clavicule, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34326

*Base de remboursement* 158,64 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 190,36 € *Marge de sécurité (€)* 31,72 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 158,64 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168954 - 168965**

Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour clavicule, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34327

*Base de remboursement* 520,54 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 624,64 € *Marge de sécurité (€)* 104,10 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 520,54 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168976 - 168980**

Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour l'omoplate

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34328

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 520,54 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 624,64 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 104,10 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 520,54 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**168991 - 169002**

Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour apophyse coronoïde

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34329

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 520,54 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 624,64 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 104,10 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 520,54 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169013 - 169024**

Implant pour correction du thorax en entonnoir (Pectus Excavatum)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34330

|                              |            |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 892,35 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 1.070,82 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 178,47 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 892,35 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169035 - 169046**

Plaque d'ostéosynthèse pour reconstruction du bassin

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34331

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 158,64 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 190,36 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 31,72 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 158,64 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169050 - 169061**

Barres sacrales, y compris tous les éléments de fixation

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34332

|                              |            |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 991,51 €   | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 1.189,81 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 198,30 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |            |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 991,51 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169072 - 169083**

Plaque pour trochanter spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34333

*Base de remboursement*

892,35 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

1.070,82 €

*Marge de sécurité (€)*

178,47 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

892,35 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169094 - 169105**

Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour calcaneum

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34334

*Base de remboursement*

307,36 €

*Marge de sécurité (%)*

20,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

368,83 €

*Marge de sécurité (€)*

61,47 €

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

307,36 €

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182394 - 182405**

Ensemble d'implants d'ostéosynthèse, y compris l'ensemble des éléments de fixation, pour la fixation chirurgicale d'un volet costal utilisé lors de la prestation 227356-227360 ou 282656-282660 de la nomenclature, par côte traitée

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

634,32 €

*Marge de sécurité (%)* /

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€)* /

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

634,32 €

**Conditions de remboursement :** L-§34

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182416 - 182420**

Un ou plusieurs implants d'ostéosynthèse, éléments de fixation non inclus, pour la fixation chirurgicale de fracture costale traumatique aiguë chez un patient sans volet costal utilisé lors de la prestation 282656-282660 de la nomenclature, par côte traitée

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

190,36 €

*Marge de sécurité (%)* /

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€)* /

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

190,36 €

**Conditions de remboursement :** L-§34

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182431 - 182442**

Plaque d'osteosynthèse jusqu'à huit trous y compris, pour la fixation chirurgicale d'une fracture complexe du sternum utilisée lors de la prestation 282516-282520 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 184,91 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 184,91 €

**Conditions de remboursement :** L-§35

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**182453 - 182464**

Plaque d'osteosynthèse de plus de huit trous pour la fixation chirurgicale d'une fracture complexe du sternum utilisée lors de la prestation 282516-282520 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 364,38 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 364,38 €

**Conditions de remboursement :** L-§35

---

### L.3.4.4 Plaque d'ostéosynthèse non préformée

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169116 - 169120**

Plaque d'ostéosynthèse pour diaphyse ou plaque d'ostéosynthèse rectangulaire, ne permettant pas un verrouillage avec stabilité angulaire

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 143,77 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 143,77 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169131 - 169142**

Plaque d'ostéosynthèse pour diaphyse ou plaque d'ostéosynthèse rectangulaire, permettant un verrouillage avec stabilité angulaire, y compris tous les éléments permettant ce verrouillage

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement* 193,35 € *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 193,35 €

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169153 - 169164**

Plaque de forme spéciale pour extrémité des os, permettant ou non un verrouillage

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 79,32 € | <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>     | 79,32 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169175 - 169186**

Plaque d'ostéosynthèse anatomique pour extrémités (main, pied, poignet, cheville), à l'exception du calcaneum

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,72 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 148,72 € |

### L.3.4.5 Plaque périprothétique

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169190 - 169201**

Plaque péri-prothétique spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage, à l'exception des plaques pour trochanter

**Catégorie de remboursement :** I.C.a

**Liste Nom.** 34335

|                              |          |                              |          |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 743,63 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%   | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 892,35 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 148,72 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |          | <i>Montant du remboursement</i>     | 743,63 € |

**Conditions de remboursement :** L-§21

### L.3.5 Système de plaque à compression dynamique

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169212 - 169223**

Plaque de compression pour DCS (Dynamic Condylar System)

**Catégorie de remboursement :** I.C.a

**Liste Nom.** 34336

|                              |          |                              |         |                                     |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|---------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 347,03 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 20,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix maximum</i>          | 416,43 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 69,40 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                              |         | <i>Montant du remboursement</i>     | 347,03 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169234 - 169245**

Plaque de compression pour DHS (Dynamic Hip System)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34337

*Base de remboursement* 297,45 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 356,94 € *Marge de sécurité (€)* 59,49 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 297,45 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169256 - 169260**

Plaque permettant un verrouillage à stabilité angulaire (locking plate) pour DHS (Dynamic Hip System)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34338

*Base de remboursement* 297,45 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 356,94 € *Marge de sécurité (€)* 59,49 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 297,45 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169271 - 169282**

Plaque de stabilisation du trochanter pour DHS (Dynamic Hip System)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34339

*Base de remboursement* 247,87 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 297,44 € *Marge de sécurité (€)* 49,57 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 247,87 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169293 - 169304**

Plaque de compression avec plaque de stabilisation du trochanter en monobloc pour DHS (Dynamic Hip System)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34340

*Base de remboursement* 421,39 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 505,66 € *Marge de sécurité (€)* 84,27 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 421,39 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169315 - 169326**

Vis de compression pour DHS (Dynamic Hip System)/DCS (Dynamic Condylar System)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34341

*Base de remboursement* 19,83 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 23,79 € *Marge de sécurité (€)* 3,96 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 19,83 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169330 - 169341**

Vis de blocage pour DHS (Dynamic Hip System)/DCS (Dynamic Condylar System)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34342

*Base de remboursement*

148,72 €

*Marge de sécurité (%)* 40,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

208,20 €

*Marge de sécurité (€)* 59,48 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 148,72 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169352 - 169363**

Ancre cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou ancre condyloaire pour DCS (Dynamic Condylar System)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34343

*Base de remboursement*

138,81 €

*Marge de sécurité (%)* 20,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

166,57 €

*Marge de sécurité (€)* 27,76 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 138,81 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169374 - 169385**

Vis cervicale pour DHS (Dynamic Hip System) ou vis condyloaire pour DCS (Dynamic Condylar System)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34344

*Base de remboursement*

138,81 €

*Marge de sécurité (%)* 20,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

166,57 €

*Marge de sécurité (€)* 27,76 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 138,81 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169396 - 169400**

Lame hélicoïdale cervicale à impacter pour DHS (Dynamic Hip System) ou lame hélicoïdale condyloaire à impacter pour DCS (Dynamic Condylar System)

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

34345

*Base de remboursement*

247,87 €

*Marge de sécurité (%)* 20,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

297,44 €

*Marge de sécurité (€)* 49,57 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 247,87 €

Date dernière modification : 1/01/2019

Date première publication :  
1/01/2019

**180552 - 180563**

Lame cervicale à impacter pour DHS (Dynamic Hip System), y compris la vis anti-rotation

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

37001

*Base de remboursement*

247,87 €

*Marge de sécurité (%)* 20,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

297,44 €

*Marge de sécurité (€)* 49,57 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 247,87 €

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.4 Arthroscopie

#### L.4.2 Matériel de consommation

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169536 - 169540** Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 283194  
-283205 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

*Base de remboursement* 148,39 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 55,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 81,61 €

*Montant du remboursement* 66,78 €

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169551 - 169562** Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275295  
-275306 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

*Base de remboursement* 148,39 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 55,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 81,61 €

*Montant du remboursement* 66,78 €

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169573 - 169584** Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 283312  
- 283323 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

*Base de remboursement* 148,39 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 55,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 81,61 €

*Montant du remboursement* 66,78 €

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169595 - 169606** Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275472  
-275483 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

*Base de remboursement* 148,39 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 55,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 81,61 €

*Montant du remboursement* 66,78 €

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169610 - 169621**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287011 – 287022 et 276076-276080 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169632 - 169643**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287033 – 287044 et 276194-276205 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169654 - 169665**

Ensemble du matériel de de la nomenclature utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287092 - 287103 et 276216-276220 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169676 - 169680**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d'une des interventions arthroscopiques 287114 – 287125 et 276231-276242 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169691 - 169702**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 275273  
-275284 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169713 - 169724**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 277351  
-277362 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169735 - 169746**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 294114  
– 294125 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169750 - 169761**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 277336  
-277340 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :** II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169772 - 169783**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 300296 – 300300 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169794 - 169805**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 300311 - 300322 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169816 - 169820**

Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de l'intervention arthroscopique 276636 -276640 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

II.D.d

|                              |          |                                |                                     |         |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 148,39 € | <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> | 81,61 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 66,78 € |

**Conditions de remboursement :** L-§22

---

### L.5 Fixateurs externes

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169831 - 169842**

Utilisation temporaire d'un système de fixation externe utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 272,66 € | <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 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 272,66 € |

**Conditions de remboursement :** L-§23

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169853 - 169864**

Broche pour fixateur externe pour main ou pied

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |        |                                |                                     |        |
|------------------------------|--------|--------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 6,94 € | <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>     | 6,94 € |

**Conditions de remboursement :** L-§23

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169875 - 169886**

Broche pour fixateur externe, à l'exception des fixateurs pour main et pied

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 36,69 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 36,69 € |

**Conditions de remboursement :** L-§23

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**169890 - 169901**

Cadre complet d'un fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34501

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | Liste Nom. | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix plafond</i>          | 3.832,93 € | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | Liste Nom. |

**Conditions de remboursement :** L-§24

---

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**169912 - 169923**

Anneau pour fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.** 34502

|                              |            |                                |                                     |            |
|------------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | Liste Nom. | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix plafond</i>          | 879,07 €   | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | Liste Nom. |

**Conditions de remboursement :** L-§24

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**169934 - 169945**

Cylindre extensible (strut) pour fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

34503

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

475,44 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

L-§24

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/07/2014

**169956 - 169960**

Accessoires, autre que anneaux et cylindres extensibles, pour fixateur externe tridimensionnel pour correction multiaxiale assistée par ordinateur, utilisé en combinaison avec les prestations 169853-169864 et/ou 169875-169886

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

34504

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

254,34 €

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

L-§24

### L.6 Cranio-maxillo-facial

#### **L.6.1 Plaques et vis pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire en matériel non-résorbable**

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169971 - 169982**

Plaque jusqu'à dix trous - non résorbable

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

74,37 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

74,37 €

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**169993 - 170004**

Plaque d'onze à vingt trous - non résorbable

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

*Base de remboursement*

89,23 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

0,00 €

*Montant du remboursement*

89,23 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170015 - 170026**

Plaque de plus de vingt trous - non résorbable

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 109,06 € | <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>     | 109,06 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170030 - 170041**

Treillis, non-résorbable, jusqu'à 20 cm<sup>2</sup> y compris, par cm<sup>2</sup>

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 24,79 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 24,79 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170052 - 170063**

Treillis, non-résorbable, de 20 cm<sup>2</sup> à 100 cm<sup>2</sup>, par cm<sup>2</sup>

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |        |                                |                                     |        |
|------------------------------|--------|--------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 7,93 € | <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>     | 7,93 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170074 - 170085**

Treillis, non-résorbable, 100 cm<sup>2</sup> et plus, par cm<sup>2</sup>

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |        |                                |                                     |        |
|------------------------------|--------|--------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 2,97 € | <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>     | 2,97 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170096 - 170100**

Vis non-résorbable, diamètre inférieur à 1,5 mm

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 19,83 € | <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>     | 19,83 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170111 - 170122**

Vis non-résorbable, diamètre à partir de 1,5 mm et inférieur à 2,4 mm

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 19,83 € | <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>     | 19,83 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170133 - 170144**

Vis non-résorbable, diamètre de 2,4 mm et plus

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 31,73 € | <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>     | 31,73 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170155 - 170166**

Washer

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |        |                                |                                     |        |
|------------------------------|--------|--------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 5,95 € | <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>     | 5,95 € |

---

### L.6.2 Plaques et vis pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire en matériel résorbable

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170170 - 170181**

Plaque jusqu'à dix trous - résorbable

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 128,89 € | <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>     | 128,89 € |

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170192 - 170203**

Plaque d'onze à vingt trous - résorbable

**Catégorie de remboursement :** I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 198,30 € | <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>     | 198,30 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170214 - 170225**

Plaque de plus de vingt trous - résorbable

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 233,01 € | <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>     | 233,01 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170236 - 170240**

Treillis, résorbable, jusqu'à 20 cm<sup>2</sup> y compris, par cm<sup>2</sup>

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 24,79 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 24,79 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170251 - 170262**

Treillis, résorbable, de 20 cm<sup>2</sup> à 100 cm<sup>2</sup>, par cm<sup>2</sup>

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 11,90 € | <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>     | 11,90 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170273 - 170284**

Treillis, résorbable, 100 cm<sup>2</sup> et plus, par cm<sup>2</sup>

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |        |                                |                                     |        |
|------------------------------|--------|--------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <i>Base de remboursement</i> | 6,94 € | <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>     | 6,94 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170295 - 170306**

Vis en matériel résorbable

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |         |                                |                                     |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| <i>Base de remboursement</i> | 34,71 € | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /       | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €  |
|                              |         |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 34,71 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.6.3 Plaques pour la reconstruction des parties spécifiques du visage et/ou mâchoire

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170310 - 170321**

Plaque pour orbite - non résorbable

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 396,61 € | <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>     | 396,61 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170332 - 170343**

Plaque pour orbite - résorbable

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 168,55 € | <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>     | 168,55 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170354 - 170365**

Plaque, spécialement conçue pour la reconstruction de la mandibule

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 297,45 € | <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>     | 297,45 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170376 - 170380**

Condyle, spécialement conçu pour fixation à une plaque pour la reconstruction de la mandibule, y compris tous les éléments de fixation

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 356,95 € | <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>     | 356,95 € |

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170391 - 170402**

Plaque avec condyle, spécialement conçue pour la reconstruction de la mandibule

**Catégorie de remboursement :**

I.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 813,03 € | <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>     | 813,03 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.7 Substituts osseux

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170413 - 170424**

Substitut osseux ostéoconducteur, entièrement synthétique, en hydroxyapatite et/ou phosphate bi- ou tricalcique, sous forme de bloc solide, par conditionnement

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34601

*Base de remboursement* 198,30 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 237,96 € *Marge de sécurité (€)* 39,66 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 198,30 €

**Conditions de remboursement :** L-§25

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170435 - 170446**

Substitut osseux ostéoconducteur, entièrement synthétique, en hydroxyapatite et/ou phosphate bi- ou tricalcique, sous forme de granules ou poudre en conditionnement jusqu'à 5cc y compris, par conditionnement

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34602

*Base de remboursement* 118,98 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 142,77 € *Marge de sécurité (€)* 23,79 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 118,98 €

**Conditions de remboursement :** L-§25

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170450 - 170461**

Substitut osseux ostéoconducteur, entièrement synthétique, en hydroxyapatite et/ou phosphate bi- ou tricalcique, sous forme de granules ou poudre en conditionnement de plus de 5cc, par conditionnement

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 34603

*Base de remboursement* 198,30 € *Marge de sécurité (%)* 20,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 237,96 € *Marge de sécurité (€)* 39,66 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 198,30 €

**Conditions de remboursement :** L-§25

---

### L.8 Divers

Date dernière modification : 1/07/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**170472 - 170483**

Ciment - avec ou sans antibiotique - utilisé lors du placement d'une prothèse articulaire - par 20 g

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement* 32,72 € *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 35,99 € *Marge de sécurité (€)* 3,27 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 32,72 €

**Conditions de remboursement :** L-§26

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170494 - 170505**

Obturateur diaphysaire utilisé lors du placement d'une tige cimentée d'une prothèse articulaire

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement* 19,83 € *Marge de sécurité (%)* 100,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 39,66 € *Marge de sécurité (€)* 19,83 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 19,83 €

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170516 - 170520**

Matériel de cerclage, par câble ou par fil

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement* 33,71 € *Marge de sécurité (%)* 10,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 37,08 € *Marge de sécurité (€)* 3,37 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 33,71 €

**Conditions de remboursement :** L-§27

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/07/2014

**170531 - 170542**

Matériel de cerclage tressé avec système de fixation du câble, par câble, y compris l'ensemble des éléments de fixation

**Catégorie de remboursement :**

I.B.a

*Base de remboursement* 99,15 € *Marge de sécurité (%)* 45,00% *Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum* 143,76 € *Marge de sécurité (€)* 44,61 € *Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 99,15 €

**Conditions de remboursement :** L-§27

---

### L.9 Implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**169411 - 169422**

Ancre, seule ou dans un kit

**Catégorie de remboursement :**

I.D.h

*Base de remboursement* 205,00 € *Marge de sécurité (%)* / *Intervention personnelle (%)* 15,00%

*Prix plafond/ maximum* / *Marge de sécurité (€)* / *Intervention personnelle (€)* 30,75 €

*Montant du remboursement* 174,25 €

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :  
1/05/2015

**170855 - 170866**

Ancre pour fixation de déchirures du ménisque utilisée lors de la prestation 277653-277664 ou 300414-300425 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.D.h

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 196,34 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 15,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 29,45 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 166,89 € |

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :  
1/07/2014

**169455 - 169466**

Système d'interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel

**Catégorie de remboursement :**

I.D.c

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 218,17 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 45,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 98,17 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 120,00 € |

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :  
1/08/2020

**180935 - 180946**

Système d'ancrage ou à visser pour réparation fonctionnelle des ligaments et tendons (à l'exception des implants pour la plastie d'un ou des ligaments croisés du genou, systèmes d'interférence pour fixation intraosseuse d'un tendon ou d'un ligament dans un tunnel, ancrés et agrafes), pour l'ensemble des composants, par point de fixation

**Catégorie de remboursement :**

I.E.j

**Liste Nom.** 38201

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 254,13 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 30,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 76,23 €  |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 177,90 € |

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :  
1/08/2020

**180891 - 180902**

Ensemble d'implants pour la plastie du ligament croisé antérieur du genou, utilisé lors de la prestation 277351-277362 ou 294114-294125 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.D.c

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 518,45 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 45,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 233,30 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 285,15 € |

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2020

Date première publication :  
1/08/2020

**180913 - 180924**

Ensemble d'implants pour la plastie du ligament croisé postérieur du genou, utilisé lors de la prestation 277351-277362 ou 294114-294125 de la nomenclature

**Catégorie de remboursement :**

I.D.c

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 726,43 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 45,00%   |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 326,89 € |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 399,54 € |

---

### L.10 Guide pour ostéotomie

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/12/2014

**171172 - 171183**

Instrument sur mesure à usage unique pour ostéotomie lors d'une exérèse tumorale

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 792,40 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 792,40 € |

**Conditions de remboursement :** L-§28

---

Date dernière modification : 1/04/2018

Date première publication :  
1/12/2014

**171194 - 171205**

Instrument sur mesure à usage unique pour découpe de l'allogreffe massive correspondante à l'exérèse tumorale

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

|                              |          |                                |                                     |          |
|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <i>Base de remboursement</i> | 792,40 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> / | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%    |
| <i>Prix plafond/ maximum</i> | /        | <i>Marge de sécurité (€)</i> / | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €   |
|                              |          |                                | <i>Montant du remboursement</i>     | 792,40 € |

**Conditions de remboursement :** L-§28

---

### L.11 Implant d'ancrage pour prothèse externe

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/02/2017

**181031 - 181042**

Partie percutanée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 36301

|                              |            |                              |        |                                     |            |
|------------------------------|------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|------------|
| <i>Base de remboursement</i> | 8.205,30 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%  | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |
| <i>Prix maximum</i>          | 8.205,30 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 € | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |
|                              |            |                              |        | <i>Montant du remboursement</i>     | 8.205,30 € |

**Conditions de remboursement :** L-§29

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/02/2017

### 181053 - 181064

Partie percutanée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

|                                     |            |                              |                   |                                     |            |  |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      |                              | <b>Liste Nom.</b> | 36302                               |            |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 8.205,30 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%             | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 8.205,30 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 €            | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |  |
|                                     |            |                              |                   | <i>Montant du remboursement</i>     | 8.205,30 € |  |

**Conditions de remboursement :** L-§29

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/02/2017

### 181075 - 181086

Partie ostéointégrée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

|                                     |             |                              |                   |                                     |             |  |
|-------------------------------------|-------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a       |                              | <b>Liste Nom.</b> | 36303                               |             |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 13.949,21 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%             | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%       |  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 13.949,21 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 €            | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €      |  |
|                                     |             |                              |                   | <i>Montant du remboursement</i>     | 13.949,21 € |  |

**Conditions de remboursement :** L-§29

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/02/2017

### 181090 - 181101

Partie ostéointégrée d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

|                                     |             |                              |                   |                                     |             |  |
|-------------------------------------|-------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a       |                              | <b>Liste Nom.</b> | 36304                               |             |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 13.949,21 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%             | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%       |  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 13.949,21 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 €            | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €      |  |
|                                     |             |                              |                   | <i>Montant du remboursement</i>     | 13.949,21 € |  |

**Conditions de remboursement :** L-§29

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/02/2017

### 181112 - 181123

Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

|                                     |            |                              |                   |                                     |            |  |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.C.a      |                              | <b>Liste Nom.</b> | 36301                               |            |  |
| <i>Base de remboursement</i>        | 8.205,30 € | <i>Marge de sécurité (%)</i> | 0,00%             | <i>Intervention personnelle (%)</i> | 0,00%      |  |
| <i>Prix maximum</i>                 | 8.205,30 € | <i>Marge de sécurité (€)</i> | 0,00 €            | <i>Intervention personnelle (€)</i> | 0,00 €     |  |
|                                     |            |                              |                   | <i>Montant du remboursement</i>     | 8.205,30 € |  |

**Conditions de remboursement :** L-§29

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/02/2017

**181134 - 181145**

Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 36302

*Base de remboursement*

8.205,30 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

8.205,30 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 8.205,30 €

**Conditions de remboursement :** L-§29

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/02/2017

**181156 - 181160**

Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%)* /

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€)* /

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* CMD

**Conditions de remboursement :** L-§29

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/02/2017

**181171 - 181182**

Partie percutanée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%)* /

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€)* /

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* CMD

**Conditions de remboursement :** L-§29

---

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/02/2017

**181193 - 181204**

Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 36303

*Base de remboursement*

13.949,21 €

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

13.949,21 €

*Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 13.949,21 €

**Conditions de remboursement :** L-§29

---

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/08/2021

Date première publication :  
1/02/2017

**181215 - 181226**

Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.** 36304

*Base de remboursement*

13.949,21 € *Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

13.949,21 € *Marge de sécurité (€)* 0,00 €

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* 13.949,21 €

**Conditions de remboursement :** L-§29

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/02/2017

**181230 - 181241**

Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans le fémur, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%)* /

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€)* /

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* CMD

**Conditions de remboursement :** L-§29

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/02/2017

**181252 - 181263**

Partie ostéointégrée de remplacement d'un système implanté permettant l'ancrage direct d'une prothèse externe dans l'humérus, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.F.a

*Base de remboursement*

CMD

*Marge de sécurité (%)* /

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€)* /

*Intervention personnelle (€)* 0,00 €

*Montant du remboursement* CMD

**Conditions de remboursement :** L-§29

---

### L.12 Ligament artificiel

Date dernière modification : 1/12/2021

Date première publication :  
1/12/2021

**182475 - 182486**

Ligament artificiel pour reconstruction d'un ligament croisé rompu du genou, y compris tous les éléments de fixation

**Catégorie de remboursement :**

I.D.i

*Base de remboursement*

1.036,16 €

*Marge de sécurité (%)* /

*Intervention personnelle (%)* 20,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€)* /

*Intervention personnelle (€)* 207,23 €

*Montant du remboursement* 828,93 €

**Conditions de remboursement :** L-§32

## L. Orthopédie et traumatologie

Date dernière modification : 1/12/2021

Date première publication :  
1/12/2021

**182490 - 182501**

Ligament artificiel pour reconstruction d'une luxation acromio-claviculaire, y compris tous les éléments de fixation

**Catégorie de remboursement :**

I.D.i

*Base de remboursement*

966,76 €

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%) 20,00%*

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€) 193,35 €*

*Montant du remboursement 773,41 €*

**Conditions de remboursement :**

L-§33

---

# Conditions de remboursement

L-502

## Prestations liées

163015 163026

163030 163041

163052 163063

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux prothèses de disque lombaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 163015-163026, 163030-163041 et 163052-163063 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

#### 2.1. Pour la prestation 163015-163026:

##### 2.1.1. Critères d'inclusion

Bénéficiaire :

a) à partir du trente-cinquième anniversaire

et

b) qui a été traité sans succès de façon 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

### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1. Première implantation

La prestation 163015-163026 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation au médecin-conseil sur base du formulaire L-Form-I-1 et ce après implantation.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### 4.2. Remplacement

La prestation ne peut pas être attestée en cas de révision totale car le gold standard en cas de révision est l'arthrodèse.

### 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

### 4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

### **5.2. Autres règles**

La prestation 163015-163026 ne peut être attestée qu'une fois par hospitalisation.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

## **7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux plaques pour fixation postérieure à la colonne vertébrale, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

La prestation 172255-172266 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

**3.1. Définition**

Les dispositifs visés par la prestation 172255-172266 sont des plaques fixées sur les corps vertébraux et permettant la fusion de deux vertèbres au minimum, ou des plaques pour laminoplastie.

**3.2. Critères**

Pas d'application

**3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 164113 | 164124 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164135 | 164146 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164150 | 164161 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164172 | 164183 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164194 | 164205 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164216 | 164220 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164231 | 164242 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164253 | 164264 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164275 | 164286 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164290 | 164301 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 164312 | 164323 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tiges de prothèses d'épaule, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 164194-164205 et 164216-164220 ne sont pas cumulables avec les prestations 164113-164124, 164135-164146, 164150-164161, 164172-164183, 164253-164264, 164290-164301, 164275-164286 et 164312-164323.

**5.2. Autres règles**

La prestation 164231-164242 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de surface pour l'épaule, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

La prestation 164356-164360 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 164452 | 164463 |
| 164496 | 164500 |
| 164555 | 164566 |
| 166154 | 166165 |
| 166272 | 166283 |
| 166316 | 166320 |
| 166471 | 166482 |
| 166596 | 166600 |
| 166714 | 166725 |
| 166751 | 166762 |
| 166832 | 166843 |
| 166935 | 166946 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux composants en polyéthylène highly cross-linked des prothèses d'épaule, des prothèses de hanche et des prothèses de genou, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 164452-164463, 164496-164500, 164555-164566, 165535-165546, 165572-165583, 165631-165642, 166154-166165, 166272-166283, 166316-166320, 166471-166482, 166596-166600, 166714-166725, 166751-166762, 166832-166843 et 166935-166946 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

**3.1. Définition**

Les dispositifs composés de "polyéthylène highly cross-linked", sont des dispositifs dont le procédé de fabrication correspond à la définition suivante : "rayonnement ionisant du polyéthylène de 5 Mrad/50kGy minimum, suivi d'un procédé visant l'élimination des radicaux libres."

**3.2. Critères**

Pas d'application

**3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 165874 | 165885 |
| 165896 | 165900 |
| 165911 | 165922 |
| 165933 | 165944 |
| 165955 | 165966 |
| 165970 | 165981 |
| 166036 | 166040 |
| 166073 | 166084 |
| 166095 | 166106 |
| 166110 | 166121 |
| 166132 | 166143 |
| 166154 | 166165 |
| 166176 | 166180 |
| 166191 | 166202 |
| 166213 | 166224 |
| 166235 | 166246 |
| 166250 | 166261 |
| 166272 | 166283 |
| 166294 | 166305 |
| 166316 | 166320 |
| 166331 | 166342 |
| 166353 | 166364 |
| 166375 | 166386 |
| 166390 | 166401 |
| 166412 | 166423 |
| 166434 | 166445 |
| 166471 | 166482 |
| 166530 | 166541 |
| 166552 | 166563 |
| 166596 | 166600 |
| 166655 | 166666 |
| 166670 | 166681 |
| 166692 | 166703 |
| 166714 | 166725 |
| 166736 | 166740 |
| 166751 | 166762 |
| 166773 | 166784 |
| 166795 | 166806 |
| 166810 | 166821 |
| 166832 | 166843 |
| 166854 | 166865 |

|        |        |
|--------|--------|
| 166876 | 166880 |
| 166891 | 166902 |
| 166913 | 166924 |
| 166935 | 166946 |
| 166950 | 166961 |
| 166972 | 166983 |
| 166994 | 167005 |
| 167016 | 167020 |
| 167031 | 167042 |
| 167053 | 167064 |
| 167075 | 167086 |
| 167090 | 167101 |
| 167112 | 167123 |
| 167134 | 167145 |
| 167156 | 167160 |
| 167171 | 167182 |
| 167193 | 167204 |
| 167215 | 167226 |
| 167230 | 167241 |
| 167694 | 167705 |
| 167716 | 167720 |
| 167731 | 167742 |
| 170796 | 170800 |
| 171113 | 171124 |
| 171135 | 171146 |
| 171150 | 171161 |
| 172535 | 172546 |
| 172550 | 172561 |
| 183035 | 183046 |
| 183050 | 183061 |
| 183072 | 183083 |
| 183094 | 183105 |
| 183116 | 183120 |
| 183131 | 183142 |
| 183153 | 183164 |
| 183175 | 183186 |
| 183190 | 183201 |
| 183212 | 183223 |
| 183234 | 183245 |
| 183256 | 183260 |
| 183271 | 183282 |
| 183293 | 183304 |
| 183315 | 183326 |

|        |        |
|--------|--------|
| 183330 | 183341 |
| 183352 | 183363 |
| 183374 | 183385 |
| 183396 | 183400 |
| 183411 | 183422 |
| 183433 | 183444 |
| 183455 | 183466 |
| 183470 | 183481 |
| 183551 | 183562 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux prothèses articulaires du genou et de la hanche, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

**4.1. Première implantation**

L'intervention de l'assurance pour une prothèse articulaire du genou ainsi que pour une prothèse articulaire de la hanche ne peut être accordée qu'après que le formulaire L-Form-I-2 ait été complété par le médecin-spécialiste implanteur via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement, et de validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises au " Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie (BVOT)", à la "Société Royale Belge de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SORBCOT) " et à la Commission, sont établies par la BVOT, la SORBCOT, la Commission et le Service des soins de santé.

**4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

**4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

**4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

La BVOT/SORBCOT fait chaque année une évaluation des données collectées avec rapport à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de surface pour la hanche, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation**

**5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

La prestation 183094-183105 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

|        |        |
|--------|--------|
| 170796 | 170800 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 172535 | 172546 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 183551 | 183562 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux parties externes d'une cupule sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 170796-170800 et 172535-172546 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au moins à une des trois combinaisons de critères suivantes:

- 1 ET 3 ET 4 ET 5 ET 6
- 2 ET 3 ET 4 ET 5 ET 6
- 7

Après une éventuelle résection tumorale ou le retrait d'un implant, les critères sont :

1. La distance, entre le centre de rotation de la hanche, qui est situé au niveau du centre de la tête fémorale, et la ligne qui relie les deux foramens obturés supérieurs, mesure plus de 3cm.

*Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis*

2. L'implantation d'une cupule standard (c'est-à-dire non confectionnée individuellement) a déjà échoué.

*Identifiable sur base du dossier médical du bénéficiaire, ou sur une radiographie en vue antéro-postérieure du pelvis*

3. Ostéolyse sévère « tear drop », qui a complètement disparu.

*Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis*

4. Ostéolyse sévère au niveau de la tubérosité ischiatique,

*Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis*

5. Dégradation de la paroi médiale de la cavité, avec une interruption possible de la ligne de Kohler (ligne ilio-ischiatique).

*Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis*

6. Le contour initial de l'acétabulum est endommagé sur plus de la moitié de la circonférence du contour.

7. Discontinuité de l'hémi-bassin.

Identifiable sur un scan CT, ou une radiographie digitale en vue antéro-postérieure si les composants ne perturbent pas l'image.

### **3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 170796-170800 et 172535-172546 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant :

#### **3.1. Définition**

Les prestations couvrent l'ensemble du processus de fabrication de l'implant (modèle 3D), y compris tous les accessoires.

#### **3.2. Critères**

Pas d'application

#### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation**

Les prestations 170796-170800 et 172535-172546 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation au médecin-conseil au moyen du formulaire L-Form-I-08 et ce après implantation. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

#### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

#### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Les prestations 172535-172546 et 183551-183562 ne sont pas cumulables entre elles.

#### **5.2. Autres règles**

Pas d'application.

#### **5.3. dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Divers**

Pas d'application



Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants de surface pour le genou, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

La prestation 166110-166121 ne peut être attestée qu'une seule fois par intervention.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

|        |        |
|--------|--------|
| 182652 | 182663 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 182674 | 182685 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 182696 | 182700 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 182711 | 182722 |
|--------|--------|

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 182652-182663, 182674-182685, 182696-182700 et 182711-182722 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 :

ou

2. état dégénératif de l'articulation talo-crurale

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 Définitions

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 182652-182663 couvre les coûts de toutes les parties des composants tibiaux, toutes les parties des composants talaires, l'insert en polyéthylène ainsi que les éléments de fixation et le ciment éventuels.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182674-182685 et 182696-182700 couvre les coûts de ces composants ainsi que les éléments de fixation et le ciment éventuels.

### **3.2. Critères**

Pas d'application.

### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application.

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation/Première utilisation**

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**

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 182674-182685 et 182696-182700 ne sont pas cumulables entre elles.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses de remplacement du cortex osseux, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 167694-167705 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

#### 3.1. Définition

Une prothèse de cortex osseux est une prothèse qui remplace le cortex osseux lorsque celui-ci a été retiré de manière circulaire au niveau métaphysaire et/ou diaphysaire, entraînant une interruption de la continuité osseuse.

#### 3.2. Critères

Pas d'application

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

La prestation 167694-167705 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, après implantation, du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base :

- du formulaire de demande L-Form-I-5;
- de radiographies réalisées avant et après l'intervention.

Après implantation, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire est transmise, dans un délai de nonante jours calendrier, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

#### 4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

#### 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

#### 4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 167694-167705 couvre l'ensemble des éléments composant la prothèse. Aucune autre prestation de la liste, relative aux prothèses articulaires, ne peut être cumulée avec la prestation 167694-167705.

#### 5.2. Autres règles

Pas d'application

#### 5.3. Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

### 7. Divers

Pas d'application



Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux prothèses articulaires sur mesure, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

### **3. Critères concernant le dispositif**

La prestation 167716-167720 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

#### **3.1. Définition**

On entend par "éléments sur mesure" des éléments fabriqués spécifiquement suivant la prescription écrite du médecin spécialiste implanteur indiquant, sous la responsabilité de ce dernier, les caractéristiques de conception spécifiques et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé. Les éléments fabriqués suivant des méthodes de fabrication continue ou en série ne sont pas considérés comme des éléments sur mesure même s'ils nécessitent une adaptation.

#### **3.2. Critères**

Pas d'application

#### **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation**

La prestation 167716-167720 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande motivée.

Après implantation, cette demande est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

Cette demande comporte :

a. un rapport médical circonstancié justifiant l'utilisation d'éléments sur mesure et une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser une prothèse articulaire classique ;

et

b. le formulaire L-Form-I-6, reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier ;

et

c. la déclaration de conformité, établie par le fabricant de la prothèse, stipulant que celle-ci a bien été fabriquée sur mesure;

et

d. une facture détaillée émanant du fabricant de la prothèse.

Avant implantation, le Collège des médecins-directeurs peut émettre un avis sur base d'un devis introduit conjointement avec le rapport médical circonstancié, la motivation et le formulaire L-Form-I-6. Toutefois, le Collège des médecins-directeurs ne peut prendre de décision définitive concernant l'intervention de l'assurance obligatoire qu'après implantation, lorsque la totalité des documents lui aura été fournie.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur

#### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

#### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

#### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux composants articulaires des prothèses sans marquage CE, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

La prestation 167731-167742 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond au critère suivant:

#### 3.1. Définition

Les dispositifs visés par la prestation 167731-167742 concernent des composants qui ne portent pas le marquage CE mais qui ont fait l'objet d'une dérogation accordée par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

#### 3.2. Critères

Pas d'application

#### 3.3. Conditions de garantie

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

La prestation 167731-167742 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs qui fixe le montant de l'intervention sur base d'une demande motivée.

Après implantation, la demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 167731-167742 est transmise, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

Cette demande comporte :

- un rapport médical circonstancié justifiant l'utilisation des composants ne portant pas le marquage CE;
- la prescription adressée par le médecin au distributeur ;
- une copie de la dérogation accordée par le Ministre;
- une facture du distributeur.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

#### 4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

#### 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

#### 4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

### 5. Règles d'attestation

Pas d'application

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

### 7. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au clou centromédullaire dynamique pour allongement du fémur ou tibia, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 167996-168000 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

#### 2.1. Critères d'inclusion:

- traumatisme avec perte osseuse supérieure à 4 cm ;  
ou
- différence de longueur des membres congénitale de plus de 3 cm liée à un raccourcissement du fémur ou du tibia  
ou
- petite taille suite à un syndrome référencé dans la base de données de l'OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) : achondroplasie, syndrome de Turner, ...

#### 2.2 Critères d'exclusion :

- bénéficiaire en phase de croissance  
ou
- déviation multidimensionnelle associée (varus, valgus, flexum,...)  
ou
- séquelle d'infection osseuse in situ  
ou
- diamètre intramédullaire inférieur à 11 mm pour le tibia et 12,5 mm pour le fémur.

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

La prestation 167996-168000 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs.

Avant l'implantation, la demande d'intervention est transmise par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

La demande doit comporter au minimum les éléments suivants :

- une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser une technique alternative (fixateur externe, compensation, raccourcissement chirurgical, ...) et
- une motivation pour l'utilisation d'un clou centromédullaire dynamique pour allongement des membres

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et endéans les soixante jours au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

#### 4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

#### 4.3. Remplacement prématuré

Pas d'application

#### 4.4. Dérogation à la procédure

Pas d'application

### 5. Règles d'attestation

Pas d'application

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

### 7. Divers

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux plaques péri-prothétiques, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

La prestation 169190-169201 ne peut être attestée que si une tige prothétique est déjà en place.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 169536 | 169540 |
| 169551 | 169562 |
| 169573 | 169584 |
| 169595 | 169606 |
| 169610 | 169621 |
| 169632 | 169643 |
| 169654 | 169665 |
| 169676 | 169680 |
| 169691 | 169702 |
| 169713 | 169724 |
| 169735 | 169746 |
| 169750 | 169761 |
| 169772 | 169783 |
| 169794 | 169805 |
| 169816 | 169820 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux dispositifs utilisés lors des interventions arthroscopiques, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation**

**5.1. Règles de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Les prestations arthroscopiques 169536-169540, 169551-169562, 169573-169584, 169595-169606, 169610-169621, 169632-169643, 169654-169665, 169676-169680, 169691-169702, 169713-169724, 169735-169746, 169750-169761, 169772-169783, 169794-169805 et 169816-169820 ne peuvent être attestées qu'une seule fois même lorsque l'intervention est bilatérale.

**5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 169831 | 169842 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 169853 | 169864 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 169875 | 169886 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux fixateurs externes, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Les prestations 169831-169842, 169853-169864 et 169875-169886 peuvent être attestées plusieurs fois à condition que les différents fixateurs soient placés à différents endroits du corps.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

169890 169901

169912 169923

169934 169945

169956 169960

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux fixateurs externes tridimensionnels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 169890-169901, 169912-169923, 169934-169945 et 169956-169960 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

#### 1. Dysplasie du squelette :

- achondroplasie ou
- pseudoachondroplasie ou
- chondrodysplasie métaphysaire ou
- dysplasie chondroectodermique ou
- maladie des exostoses multiples héréditaire ou
- maladie d'Ollier ou
- dysplasie fibreuse

ou

#### 2. Pathologies osseuses métaboliques :

- diabète phosphaté ou
- rachitisme ou
- mucopolysaccharid

ou

#### 3. Tibia Vara :

- maladie de Blount

ou

#### 4. Déformations congénitales :

- déficit focal au niveau du fémur proximal (PFFD) ou
- hémimélie fibulaire ou
- hémimélie tibiale ou
- arthrogrypose

ou

#### 5. Déformations multiplanaires acquises suite à :

- infection ou
- tumeur ou
- brûlures

ou

#### 6. Déviation axiale multiplanaire suite à un trauma (épiphysiolyse-calvicieux)

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation

Les prestations 169890-169901, 169912-169923, 169934-169945 et 169956-169960 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecin-directeurs, après l'implantation, sur base du formulaire L-Form-I-7 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande et qui est transmis, dans un délai de nonante jours calendrier, par le médecin spécialiste implanteur au Collège des médecins-directeurs.

Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser un fixateur externe classique tel que décrit par la prestation 169831-169842;
- une motivation pour l'utilisation d'un fixateur externe tridimensionnel;
- des données quantitatives concernant les déformations multiplanaires et/ou la déviation axiale (dont le nombre de degrés de déviation);
- des imageries confirmant les points repris ci-dessus.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et endéans les trente jours au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

#### 4.2. Remplacement

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée.

**4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

**4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

**5. Règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

170413 170424

170435 170446

170450 170461

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux substituts osseux, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 170413-170424, 170435-170446 et 170450-170461 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond à l'un des critères suivants:

Fracture récente (maximum trois mois) :

a) du calcaneus

ou

b) du plateau tibial

ou

c) de la tête humérale

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Le remboursement de la prestation 170413-170424 est limité à maximum deux conditionnements par intervention.

Le remboursement de la prestation 170435-170446 est limité à maximum un conditionnement par intervention.

Le remboursement de la prestation 170450-170461 est limité à maximum un conditionnement par intervention.

**5.2. Autres règles**

Les prestations 170413-170424, 170435-170446 et 170450-170461 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors d'une des prestations de la nomenclature suivantes : 275332-275343, 275354-275365, 275376-275380, 290474-290485, 290496-290500, 290533-290544 ou 291815-291826 .

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au ciment utilisé lors du placement d'une prothèse articulaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

#### 5.2. Autres règles

Il n'y a pas d'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse de hanche ou d'une prothèse de cheville. Le ciment éventuel est inclus dans le remboursement des prestations couvrant les prothèses de hanche ou prothèses de cheville.

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 genou est limitée à maximum six unités de 20 g.

L'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 170472-170483 lors du placement d'une prothèse d'extrémité est limitée à maximum deux unités de 20 g.

Le poids du ciment de la prestation 170472-170483 est calculé en prenant en compte uniquement la poudre sèche. Les solvants n'entrent pas en ligne de compte. Il ne s'agit donc pas du poids du mélange.

#### 5.3. Dérogation

Pas d'application

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

### 7. Divers

Pas d'application.

170516

170520

170531

170542

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel de cerclage, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Pas d'application

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Les prestations 170516-170520 et 170531-170542 ne peuvent être attestées que lors d'une chirurgie osseuse, à l'exception d'une intervention chirurgicale de la colonne vertébrale.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

171172 171183

171194 171205

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux instruments sur mesure pour ostéotomie, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

**1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Les prestations 171172-171183 et 171194-171205 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:

L'établissement hospitalier bénéficie d'un agrément pour un programme de soins d'oncologie. Si le bénéficiaire est un enfant, l'établissement hospitalier bénéficie d'un agrément pour un programme de soins spécialisés en hématologie oncologie pédiatrique.

**2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 171172-171183 et 171194-171205 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant:

Le bénéficiaire a une tumeur maligne primitive de l'os.

**3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application

**4. Procédure de demande et formulaires**

Pas d'obligation administrative

**5. Règles d'attestation****5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

**5.2. Autres règles**

Les prestations 171172-171183 et 171194-171205 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que lors de la prestation 288470-288481 de la nomenclature.

**5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

**6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

**7. Divers**

Pas d'application

## Prestations liées

|        |        |
|--------|--------|
| 181031 | 181042 |
| 181053 | 181064 |
| 181075 | 181086 |
| 181090 | 181101 |
| 181112 | 181123 |
| 181134 | 181145 |
| 181156 | 181160 |
| 181171 | 181182 |
| 181193 | 181204 |
| 181215 | 181226 |
| 181230 | 181241 |
| 181252 | 181263 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants permettant l'ancrage d'une prothèse externe, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

La pose d'indication et l'implantation ne peuvent être effectuées que dans un hôpital universitaire ayant une expertise dans ce domaine.

L'équipe multidisciplinaire qui pose l'indication est composée au minimum de :

- 1 chirurgien orthopédique
- 1 médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation
- 1 psychiatre ou psychologue
- 1 kinésithérapeute
- 1 ergothérapeute
- 1 dermatologue
- 1 médecin spécialiste en médecine interne ayant une compétence particulière en infectiologie
- et 1 orthopédiste prothésiste

qui ont été formés à cette technique et peuvent faire preuve de leur expertise.

Cette équipe est encadrée par l'équipe multidisciplinaire de l'hôpital universitaire Sahlgrenska de Gothenburg (Suède).

L'établissement possède en outre un programme de traitement documenté. Celui-ci décrit la procédure de sélection du patient, le trajet de soin (intervention chirurgicale, rééducation jusqu'à l'utilisation effective de la première prothèse définitive y comprise), l'entretien technique orthopédique, les suivis cliniques reprenant les possibilités en cas de complications ou d'incidents, les mesures assurant la continuité de ce soin spécialisé.

Le programme de rééducation ne peut être effectué que dans l'établissement hospitalier qui réalise l'implantation ou dans un établissement de rééducation spécialisé dans la rééducation des amputés. Cet établissement doit également avoir signé une convention avec l'établissement hospitalier implanteur pour prendre en charge la rééducation de leurs patients.

L'équipe multidisciplinaire du centre de rééducation est composée au minimum :

- 1 médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation

- 1 psychiatre ou psychologue
- 1 kinésithérapeute
- 1 ergothérapeute
- et 1 orthopédiste prothésiste

L'établissement de rééducation s'engage à suivre le programme de rééducation prévu, aussi lorsque que l'on fait appel à des kinésithérapeutes extramuros.

L'établissement hospitalier répondant aux critères susmentionnés, introduit le formulaire L-Form-II-01, auprès du Service de soins de santé. La Commission dressera une liste avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier. Les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés ci-dessus sont communiquées spontanément par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service. Par courrier à : I.N.A.M.I., Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles ou par e-mail à [implant@inami.fgov.be](mailto:implant@inami.fgov.be).

## 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

### Indications

Le bénéficiaire a une amputation majeure d'un membre sur plus de 2/3 de la longueur du fémur ou plus de la moitié de la longueur de l'humérus, et l'utilisation d'une prothèse à fût n'est techniquement pas possible.

### OU

Le bénéficiaire a une amputation transfémorale ou transhumérale, et une utilisation normale et à long terme de sa prothèse à fût n'est pas possible suite à des problèmes dermatologiques récurrents qui ne peuvent pas être remédiés par le prothésiste, par un traitement dermatologique ou par une intervention chirurgicale.

### ET

L'état général du bénéficiaire permet l'implantation selon les instructions d'utilisation du dispositif et de suivre le traitement de rééducation.

Le bénéficiaire n'a pas plus de 65 ans et en cas d'implantation au niveau du fémur, son poids corporel (prothèse comprise) est inférieur à 100kg.

Le bénéficiaire s'engage à suivre le programme de rééducation qui lui a été soumis avant implantation.

## 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

### 3.1. Définition

Le système d'implant est composé d'une partie intra-osseuse et une partie percutanée sur laquelle vient se fixer de façon directe et solide une prothèse externe.

La partie intra-osseuse est placée sans ciment et permet l'ostéointégration. Elle est implantée à une profondeur maximale de 10 cm à partir de l'extrémité osseuse.

La partie percutanée est fixée solidement à la partie intra-osseuse. Le trajet de perforation est inférieur à 1 cm et permet une fixation stable de la peau de la zone de perforation à l'os. Le design est conçu pour réduire les irritations mécaniques et le risque d'infection et marsupialisation et pour maximaliser l'ostéointégration de l'implant.

La technique opératoire prévoit une implantation en deux temps avec un intervalle minimum de un mois pour permettre l'ostéointégration. Le système d'accouplement entre la prothèse et la partie percutanée est sûr et offre des protections contre des contraintes de forces dangereuses (protection contre la torsion et amortissement des chocs).

### 3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Parmi les études cliniques réalisées, il faut au moins une étude prospective sur un minimum de 30 patients suivis pendant au minimum deux ans.

Un dispositif qui est une adaptation d'un dispositif déjà inscrit sur la liste nominative pour le même distributeur, sans changement du mode d'action et sans impact négatif sur l'efficacité, la sécurité et la qualité, peut être inscrit sans études cliniques à condition que le distributeur décrive les adaptations et leurs conséquences pratiques en détail.

### **3.3. Conditions de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

- 3 ans de garantie totale à 100% pour la partie implantable
- 2 ans de garantie totale à 100% pour la partie percutanée

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation/Première utilisation**

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086 et 181090-181101 ne peut être accordée qu'après réception d'un numéro d'ordre. Celui-ci doit être demandé au Service des soins de santé endéans les trente jours après l'implantation. Cette demande de numéro d'ordre est effectuée au moyen du formulaire L-Form-I-09, entièrement complété et signé par le médecin spécialiste implanteur. Le numéro d'ordre est communiqué simultanément et immédiatement au médecin conseil, au médecin spécialiste implanteur et au pharmacien hospitalier.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que les formulaires L-Form-I-10 (reprenant les caractéristiques de référence), L-Form-I-12 (reprenant les données sur la qualité de vie) et, le cas échéant, L-Form-I-13 (reprenant les caractéristiques de la prothèse externe à fût si le bénéficiaire en utilisait une) aient été complétés via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement des données ainsi que les modalités de transmission de ces données à Healthdata, aux établissements hospitaliers implanteurs, aux établissements de revalidation et à la Commission, sont établies par Healthdata et le Service des soins de santé.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, la conclusion de l'équipe multidisciplinaire, les données de suivi et le consentement éclairé du bénéficiaire doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, les dispositions en matière de garantie doivent être respectées.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que les formulaires L-Form-I-11 (reprenant les caractéristiques du remplacement), le cas échéant le formulaire L-Form-I-12 (reprenant les données sur la qualité de vie si celle-ci à été mesurée), le cas échéant le formulaire L-Form-I-13 (reprenant les caractéristiques de la prothèse externe si celle-ci à été changée lors de la révision) aient été complétés via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement des données ainsi que les modalités de transmission de ces données à Healthdata, aux établissements hospitaliers implanteurs, aux établissements de revalidation et à la Commission, sont établies par Healthdata et le Service des soins de santé.

Les documents mentionnés sous le point 4.1 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.3. Remplacement prématuré**

Par dérogation aux dispositions du point 5.2., une intervention de l'assurance obligatoire pour un remplacement prématuré peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs sur la base d'un rapport médical circonstancié justifiant le remplacement prématuré.

Les formulaires mentionnés sous le point 4.2 doivent être complétés via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement des données ainsi que les modalités de transmission de ces données à Healthdata, aux établissements hospitaliers implantateurs, aux établissements de revalidation et à la Commission, sont établies par Healthdata et le Service des soins de santé.

Les documents mentionnés sous le point 4.1 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Pendant la période de garantie et en cas d'un dysfonctionnement qui n'est pas lié au bénéficiaire ou à l'évolution de sa situation médicale, le distributeur est obligé d'appliquer les conditions de garantie.

Dans le cas où le dispositif a été utilisé par le bénéficiaire de façon non conforme aux instructions d'utilisation qui lui ont été fournies avant implantation, le Collège peut accorder un remboursement partiel.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

### **5.2 Autres règles**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 181193-181204 ou 181215-181226 ne peut être accordée qu'après un délai de 10 ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 181075-181086 ou 181090-181101 respectivement.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 181112-181123 ne peut être accordée qu'après un délai de 3 ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 181031-181042, 181112-181123 ou 181156-181160.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 181134-181145 ne peut être accordée qu'après un délai de 5 ans à compter à partir de la date de l'implantation relative à la prestation 181053-181064, 181134-181145 ou 181171-181182.

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire pour primo-implantation est limité à 10 par an.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

## **6. Résultats et statistiques**

Les établissements hospitaliers implantateurs et les établissements de revalidation feront tous les 3 ans une évaluation des données collectées et une analyse de la littérature récente avec rapport à la Commission. La nature du rapport est établie par la Commission.

## **7. Divers**

Pas d'application

|        |        |
|--------|--------|
| 182210 | 182221 |
| 182232 | 182243 |
| 182254 | 182265 |
| 182276 | 182280 |
| 182291 | 182302 |
| 182313 | 182324 |

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux tiges magnétiques allongeables, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

L'établissement hospitalier est :

- un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires dont les chirurgiens orthopédiques ont une expérience dans le traitement de la scoliose pédiatrique. Celle-ci est démontrée par un minimum de 5 prestations 282052-282063 attestées chez des enfants (moins de 18 ans) pour l'année x-2.

Ou

- un établissement qui collabore activement avec un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires et dont les chirurgiens orthopédiques ont une expérience dans le traitement de la scoliose pédiatrique. Celle-ci est démontrée par un minimum de 10 prestations 282052-282063 attestées chez des enfants (moins de 18 ans) pour l'année x-2.

L'établissement hospitalier répondant aux critères susmentionnés, introduit le formulaire L-Form-II-02, auprès du Service de soins de santé. La Commission dressera annuellement une liste avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier.

Chaque établissement hospitalier adhérent signale annuellement au Service les modifications aux données reprises dans le formulaire de candidature.

Les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés ci-dessus sont communiquées spontanément par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrier à : I.N.A.M.I., Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles ou par e-mail à [implant@inami.fgov.be](mailto:implant@inami.fgov.be).

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

Le bénéficiaire est atteint de scoliose précoce évolutive.

Les traitements conservateurs (corset, plâtre,...) ont échoués ou le bénéficiaire n'est pas éligible pour ces traitements conservateurs.

L'angle de Cobb est de minimum 50° et l'incurvation a augmenté de minimum 5° sur 5 mois.

Le bénéficiaire a plus de 2 ans et moins de 18 ans.

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1 Définition

Pas d'application

#### 3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324, le dispositif doit avoir fait preuve de son efficacité et sa sécurité à l'aide d'études cliniques. Ces études seront publiées dans une revue « peer-reviewed » reconnue internationalement. Les études montrent que la sécurité et l'efficacité sont au moins comparables à celles des tiges allongeables chirurgicalement et que des réinterventions peuvent être évitées.

### **3.3. Conditions de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324, le dispositif doit répondre aux conditions de garantie suivantes :

Une garantie totale à 100% de 2 ans est exigée sur le moteur d'allongement et les parties de la tige aux alentours immédiats.

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1. Première implantation/Première utilisation**

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications mentionnées au point 2. doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, les dispositions en matière de garantie doivent être respectées.

### **4.3. Remplacement prématuré**

Les prestations 182254-182265 et 182313-182324 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire avant le délai de 2 ans, qu' à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées. Les documents desquels il ressort la justification du remplacement prématuré doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.4. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application

### **5.2 Autres règles**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182210-182221 ou 182276-182280 exclut respectivement, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182232-182243 ou 182291-182302.

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182232-182243 ou 182291-182302 exclut respectivement, pendant une période de deux ans, une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182232-182243 ou 182291-182302.

### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

## **7. Divers**

Pas d'application

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative au resurfaçage, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

La prestation 183072-183083 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant :

Le chirurgien implanteur a un haut niveau de compétence, notamment pour optimaliser la position du cotyle.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 183072-183083 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Le bénéficiaire a moins de 55 ans
- La tête fémorale a un diamètre supérieur à 50 mm

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application

### 4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative

### 5. Règles d'attestation

Pas d'application

### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application

### 7. Divers

Pas d'application.



Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux ligaments artificiels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### **1. Critères concernant l'établissement hospitalier**

Pas d'application.

### **2. Critères concernant le bénéficiaire**

La prestation 182475-182486 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Lésion multi ligamentaire du genou

OU

- Reprise du ligament croisé antérieur ou postérieur

La prise en charge avec une greffe autogène ou allogène n'est en outre pas possible pour les raisons suivantes :

Le prélèvement d'une greffe autogène n'est pas conseillé ou il n'y a plus suffisamment de greffe autogène adéquate disponible

ET

Il n'y a pas de greffe allogène disponible.

### **3. Critères concernant le dispositif**

Pas d'application.

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1. Première implantation/Première utilisation**

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications mentionnées au point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire. Au minimum les éléments suivants seront présents dans le dossier :

- une motivation expliquant qu'une greffe autogène n'est pas conseillée ou il n'y a plus suffisamment de greffe autogène adéquate disponible ;
- une motivation expliquant qu'il n'y a pas de greffe allogène disponible.

### **5. Règles d'attestation**

#### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

La prestation 182475-182486 attestée pour un des ligaments croisés n'est pas cumulable avec une autre prestation de la Liste pour ancrage et fixation des tissus mous (L.9. Implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous) pour le même ligament croisé.

#### **5.2. Autres règles**

Pas d'application.

#### **5.3. Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

### **7. Divers**

Pas d'application.

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation relative aux ligaments artificiels, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 182490-182501 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Luxation acromio-claviculaire chronique (plus de six semaines entre le traumatisme et l'intervention)

OU

- Reprise d'une luxation acromio-claviculaire

On entend par « luxation acromio-claviculaire » une disjonction acromio-claviculaire avec rupture des ligaments coraco-claviculaires, ce qui correspond à une disjonction de type III ou plus élevé selon la classification de Rockwood.

### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

### 4. Procédure de demande et formulaires

#### 4.1. Première implantation/Première utilisation

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à un des critères mentionnés au point 2 doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### 5. Règles d'attestation

#### 5.1. Règles de cumul et de non-cumul

La prestation 182490-182501 n'est pas cumulable avec une autre prestation de la Liste pour ancrage et fixation des tissus mous (L.9. Implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous).

#### 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.

182394 182405

182416 182420

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants d'ostéosynthèse utilisé lors de la fixation chirurgicale des fractures costales, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

La prestation 182394-182405 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

Le bénéficiaire a un volet costal, défini comme une fracture d'une côte à au moins deux endroits et ce sur au moins trois niveaux consécutifs du même hémithorax.

La prestation 182416-182420 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

Les fractures costales augmentent le risque de dommage aux organes.

### 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.

|        |        |
|--------|--------|
| 182431 | 182442 |
|--------|--------|

|        |        |
|--------|--------|
| 182453 | 182464 |
|--------|--------|

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives aux implants d'ostéosynthèse utilisés lors de la fixation chirurgicale d'une fracture complexe du sternum, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

#### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Pas d'application.

#### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 182431-182442 et 182453-182464 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond au critère suivant :

Le sternum du bénéficiaire ne peut pas être réparé par cerclage.

#### 3. Critères concernant le dispositif

Pas d'application.

#### 4. Procédure de demande et formulaires

Pas d'obligation administrative.

#### 5. Règles d'attestation

Pas d'application.

#### 6. Résultats et statistiques

Pas d'application.

#### 7. Divers

Pas d'application.

## M. Autre

### M.1 Diabète

#### M.1.1 Capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/10/2019

**174370 - 174381**

Premier capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, y compris les accessoires

|                                     |                   |                                |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.G.a             | <b>Liste Nom.</b>              | 37201                                      |
| <i>Base de remboursement</i>        | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>  |
| <i>Prix plafond</i>                 | 1.002,80 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€) 0,00 €</i> |
|                                     |                   |                                | <i>Montant du remboursement Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** M-§01

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/10/2019

**174392 - 174403**

Capteur implantable de remplacement pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, y compris les accessoires

|                                     |                   |                                |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.G.a             | <b>Liste Nom.</b>              | 37201                                      |
| <i>Base de remboursement</i>        | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>  |
| <i>Prix plafond</i>                 | 1.002,80 €        | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€) 0,00 €</i> |
|                                     |                   |                                | <i>Montant du remboursement Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** M-§01

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/10/2019

**174414 - 174425**

Capteur implantable de remplacement pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, y compris les accessoires, en cas de remplacement anticipé

|                                     |        |                                |  |
|-------------------------------------|--------|--------------------------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.G.a  | <b>Liste Nom.</b>              | 37301                                      |
| <i>Base de remboursement</i>        | 1,00 € | <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 1,00 €</i>     |

**Conditions de remboursement :** M-§01

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/10/2019

**174436 - 174440**

Premier transmetteur pour capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel

|                                     |                   |                                |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|
| <b>Catégorie de remboursement :</b> | I.G.a             | <b>Liste Nom.</b>              | 37401                                      |
| <i>Base de remboursement</i>        | <i>Liste Nom.</i> | <i>Marge de sécurité (%) /</i> | <i>Intervention personnelle (%) 0,00%</i>  |
| <i>Prix plafond</i>                 | 600,00 €          | <i>Marge de sécurité (€) /</i> | <i>Intervention personnelle (€) 0,00 €</i> |
|                                     |                   |                                | <i>Montant du remboursement Liste Nom.</i> |

**Conditions de remboursement :** M-§01

---

## M. Autre

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/10/2019

**174451 - 174462**

Transmetteur de remplacement pour capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

37401

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*600,00 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*M-§01*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/10/2019

**174473 - 174484**

Transmetteur de remplacement pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

37501

*Base de remboursement*

*1,00 €*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond/ maximum*

*/*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*1,00 €*

**Conditions de remboursement :**

*M-§01*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/10/2019

**174495 - 174506**

Premier capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, y compris les accessoires, après le dépassement du nombre total de 400 prestations 174370-174381 accordées

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

37201

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*1.002,80 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*M-§01*

---

Date dernière modification : 1/03/2021

Date première publication :  
1/10/2019

**174510 - 174521**

Premier transmetteur pour capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, après le dépassement du nombre total de 400 prestations 174370-174381 accordées

**Catégorie de remboursement :**

I.G.a

**Liste Nom.**

37401

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

*0,00%*

*Prix plafond*

*600,00 €*

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

*0,00 €*

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

*M-§01*

# Conditions de remboursement

M-501

## Prestations liées

174370 174381

174392 174403

174414 174425

174436 174440

174451 174462

174473 174484

174495 174506

174510 174521

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention temporaire de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. But de la convention

Cette convention a pour but de fixer le remboursement temporaire de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que ses modalités concernant un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel dans le cadre d'une application clinique limitée pendant la période d'évaluation qui court jusqu'à ce que 400 bénéficiaires aient été implantés ou au plus tard jusqu'au 30/09/2024 (date de début + 5 ans). A l'issue de cette période, le dispositif sera évalué selon les dispositions prévues au point 9.

### 2. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans l'établissement hospitalier qui répond aux critères suivants et qui a conclu la convention M-ACL-001 avec le Comité de l'assurance:

L'établissement hospitalier doit, durant la totalité de la durée de la convention, répondre aux critères ci-dessous.

#### 2.1. Critères pour l'établissement hospitalier

Seuls les établissements hospitaliers ayant signé la convention relative au monitoring continu de la glycémie chez le patient diabétique (7869), à la date d'entrée en vigueur de la convention M-ACL-001, peuvent adhérer à cette convention.

#### 2.2. Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier qui répond aux critères repris au point 2.1 peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur la base du formulaire M-Form-II-1. Le Comité de l'assurance dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste des établissements hospitaliers.

### 3. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants :

**3.1.** Le bénéficiaire souffre d'un diabète de type 1 ;

et

Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation ;

et

Le bénéficiaire ne peut pas appliquer et utiliser lui-même un capteur transdermique de mesure du taux de glucose dans le liquide interstitiel en raison d'un handicap physique ;

ou

**3.2.** Le bénéficiaire souffre d'un diabète de type 1 ;

et

Le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'implantation ;

et

Le bénéficiaire ne peut pas être traité de manière adéquate par la méthode de la « piqûre au doigt » ou au moyen d'un capteur transdermique non adapté pour la mesure en continu du taux de glucose;

et

Le bénéficiaire doit spécifiquement et uniquement utiliser le capteur implantable en mode « real time » pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel ;

et

Le bénéficiaire doit présenter un grand risque de faire des hyper- et/ou des hypoglycémies sévères ;

et

Le bénéficiaire a par le passé fait des hyper- et/ou des hypoglycémies sévères et l'historique de ces événements est documenté ;

et

Le bénéficiaire souffre d'une dermatite de contact allergique sévère démontrée et confirmée par un dermatologue lors de l'utilisation de capteurs transdermiques de mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel ;

et

Un dermatologue doit avoir confirmé qu'aucun traitement topique n'est efficace pour traiter cette dermatite de contact allergique sévère ;

et

Aucun autre capteur transdermique de mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel n'est utilisable chez le patient.

Les documents démontrant qu'il est satisfait aux conditions mentionnées ci-dessus doivent être conservés dans le dossier du bénéficiaire.

#### **4. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

##### **4.1. Définition**

Le système est composé d'un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel qui communique avec une application mobile via un transmetteur.

Les accessoires doivent comprendre au minimum pour l'entière durée d'utilisation du capteur :

- a. les adhésifs pour la fixation du transmetteur ;
- b. le matériel pour la calibration du capteur :
  - un glucomètre ;
  - un piqueur ;
  - une réserve suffisante de tiges et lancettes ;
- c. une application mobile.

Le transmetteur amovible se porte au-dessus du capteur. Il active le capteur implantable. Le transmetteur envoie les valeurs du taux de glucose à l'application mobile sur le smartphone du bénéficiaire. Le transmetteur contient une pile rechargeable et peut être utilisé pendant un an minimum.

##### **4.2. Critères**

Un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

- Le capteur implantable doit pouvoir fonctionner au moins cent-cinquante jours ;
- L'exactitude de la mesure du glucose interstitiel est évaluée par la méthode MARD et la « MARD » (Mean Absolute Relative Difference) doit être  $\leq 11.6\%$  ;
- Le dispositif doit avoir été évalué pour son efficacité et sa sécurité d'utilisation au cours d'une étude clinique prospective multicentrique.

La preuve des éléments précités doit être jointe au dossier pour inscription sur la liste nominative.

#### **4.3. Conditions de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 174370-174381, 174392-174403 et 174414-174425, une garantie totale de cent-cinquante jours doit être donnée pour le capteur implantable.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 174436-174440, 174451-174462 et 174473-174484, une garantie totale de trois cents soixante-cinq jours doit être donnée pour le transmetteur.

#### **5. Nombre de bénéficiaires**

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous les prestations 174370-174381 et 174436-174440 est limité à 400 pour toute la durée de cette convention.

Si le Service constate que le nombre de bénéficiaires a atteint le nombre d'interventions accordées, il en informe les organismes assureurs et les établissements hospitaliers qui ont adhéré.

Dès que le nombre de bénéficiaires dépasse le nombre accordé, les prestations 174495-174506 et 174510-174521 doivent être attestées pour chaque intervention additionnelle en attendant la décision du Ministre concernant le règlement final qui lui aura été soumis par la Commission comme prévu au point 9.3.

Durant cette période, le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous les prestations 174495-174506 et 174510-174521 est limité à 60 par année.

#### **6. Procédure de demande et formulaires**

##### **6.1 Première implantation**

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174370-174381, 174436-174440, 174495-174506 et 174510-174521 ne peut être accordée que selon les modalités suivantes :

**6.1.1.** L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174370-174381 et 174436-174440 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement M-Form-I-1 ait été complété valablement via l'application en ligne endéans les trente jours après implantation.

Le Service tient un compteur national pour toute la durée de la convention et jusqu'à ce qu'un règlement final ait été approuvé par le Ministre.

**6.1.2.** Si le nombre maximal de 400 bénéficiaires est atteint, les prestations 174495-174506 et 174510-174521 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire selon les modalités prévues au point 6.1.1.

Les modalités du compteur, de l'enregistrement et de validation des données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à Healthdata, aux établissements hospitaliers qui ont adhéré et à la Commission sont établies par Healthdata, la Commission et le Service des Soins de Santé.

## **6.2. Remplacement**

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174392-174403 et 174451-174462 ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement M-Form-I-2 ait été complété valablement via l'application en ligne endéans les trente jours après implantation.

## **6.3 Remplacement anticipé**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174414-174425 et 174473-174484 pour un remplacement prématuré, c'est-à-dire avant le délai de cent-cinquante jours pour le capteur implantable et de trois cents soixante-cinq jours pour le transmetteur, peut être accordée selon les modalités prévues au point 6.2. à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière des garanties accordées.

## **6.4 Suivi de traitement après implantation**

Le bénéficiaire qui a bénéficié d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 174370-174381 et 174436-174440 ou 174495-174506 et 174510-174521 depuis l'entrée en vigueur de la convention doit être suivi au moins une fois par an.

Le suivi du traitement du bénéficiaire est enregistré au moyen du formulaire M-Form-I-3 via l'application en ligne.

## **6.5 Dérogation à la procédure**

Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés avant l'entrée en vigueur de la convention et qui remplissaient avant implantation toutes les conditions visées au point 3, une intervention de l'assurance obligatoire pour le renouvellement des capteurs et accessoires peut être accordé. Pour ce faire, les prestations 174370-174381 et 174436-174440 peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire selon les modalités prévues au point 6.1.1.

## **7. Règles d'attestation**

### **7.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 ou 174510-174521 exclut, pendant la période totale de traitement avec capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, une intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation 788771, 788815, 788852, 788756, 788793, 788830, 788874, 788896, 788911, 788933, 788955, 786015, 786030 ou 786100 et inversement.

### **7.2. Autres règles**

Les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174436-174440, 174451-174462, 174495-174506 et 174510-174521 suivent les modalités de remboursement de la catégorie A.

Les prestations 174414-174425 et 174473-174484 suivent les modalités de remboursement de la catégorie E.

Pour la durée de la convention, les prestations 174370-174381, 174436-174440, 174495-174506 et 174510-174521 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par bénéficiaire.

En adhérant à la convention, l'établissement hospitalier s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les coûts d'un capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel qui n'est pas repris sur la liste nominative.

### **7.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **8. Engagements de l'établissement hospitalier**

**8.1.** L'établissement hospitalier qui a adhéré à la convention est tenu de conserver scrupuleusement et intégralement les caractéristiques de référence (baseline) et les données relatives au suivi des bénéficiaires lors des remplacements ou au minimum une fois par an dans le cadre de la présente convention.

Les paramètres à enregistrer doivent permettre de faire une évaluation en vue de répondre aux questions de recherche définies au point 9.3 et de rédiger le rapport intermédiaire et final comme fixé aux points 9.2 et 9.3.

Un décès, une hospitalisation pour des problèmes de glycémie ou des complications dues au dispositif et survenant en-dehors des moments de suivi prévus doivent également être repris dans l'application en ligne au moyen du formulaire M-Form-I-3 et dans le dossier médical du bénéficiaire.

Lorsque le Service ou la Commission constate dans le rapport intermédiaire ou à un autre moment que, pour un établissement hospitalier adhérent, plus de 20% des suivis sont manquants ou incomplets, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement.

Le Service en informe l'établissement hospitalier. La suspension de l'intervention est levée lorsque les données de suivi sont correctement complétées endéans les trois mois après que l'établissement hospitalier ait été informé par le Service.

Quand l'établissement hospitalier n'atteint pas le pourcentage minimum exigé pour le suivi endéans les trois mois après qu'il ait été averti par le Service, la convention avec cet établissement hospitalier est résiliée d'office. Le Service en informe la Commission et le Comité de l'Assurance.

Dès l'instant où il est constaté qu'un établissement hospitalier ne satisfait plus aux conditions visées au point 2.1., celui-ci perd le droit d'attester les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521 pour les prestations effectuées pendant les trois mois qui suivent la date de la notification de cet avertissement. Durant cette période, l'établissement hospitalier peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, la convention avec cet établissement hospitalier est résiliée d'office. Le Service en informe la Commission et le Comité de l'Assurance.

## 8.2. Communication de toute modification

Pendant toute la durée de la convention, les modifications des données reprises dans le formulaire de candidature qui induisent qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 2, sont communiquées spontanément par l'établissement hospitalier qui a adhéré au fonctionnaire dirigeant du Service.

Par courrier à : I.N.A.M.I, Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Avenue Galilée 5/01 à 1210 Bruxelles et par e-mail à [implant@riziv-inami.fgov.be](mailto:implant@riziv-inami.fgov.be)

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate des manquements, il informe les organismes assureurs du fait que le dispositif n'est plus remboursable pour cet établissement hospitalier.

## 9. Analyse

9.1. L'analyse des données émanant de cette application clinique limitée est effectuée par les établissements hospitaliers qui ont adhéré et les organismes assureurs qui ont signé la convention. Ils apportent un support technique et scientifique et évaluent les résultats du dispositif médical selon des critères précis.

### 9.2. Analyse intermédiaire - Rapport

Lorsque deux cents bénéficiaires auront été implantés ou au plus tard deux ans après le début de cette convention, avant le 30/09/2021 (date de début + 2 ans), les établissements hospitaliers - adhérents présentent un rapport écrit intermédiaire à la Commission basé sur les données collectées.

Le rapport comprend au minimum les données suivantes :

- 1) nombre de patients traités sous les prestations 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 et 174510-174521, par établissement hospitalier qui a adhéré à la convention ;
- 2) paramètres lors du suivi ou lors des remplacements des capteurs :
  - évènements indésirables liés au système ;
  - durée de vie du capteur ;
- 3) pourcentage de bénéficiaires ayant arrêté le traitement avec le capteur implantable et les raisons ;
- 4) le nombre de remplacements anticipés de capteurs implantables et de transmetteurs et les raisons ;

Si ce rapport intermédiaire n'est pas communiqué à la date précitée ou trois mois après que 200 bénéficiaires aient été implantés, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut décider d'arrêter le remboursement du dispositif.

### 9.3. Analyse - Rapport final

Lorsque 400 bénéficiaires auront été implantés ou au plus tard le 31/03/2024 (date de fin moins 6 mois), les établissements hospitaliers qui ont adhéré doivent rédiger un rapport final sur la base des données collectées et le communiquer à la Commission.

Le rapport final doit répondre aux questions suivantes:

1. Les patients utilisant un capteur implantable présentent-ils des résultats similaires à ceux des patients utilisant d'autres capteurs transdermiques de mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, en termes de :

- HbA1c ;
- temps passé en hypoglycémie, dans le range cible de glycémie et en hyperglycémie ;
- hospitalisation en raison d'hypoglycémie/d'acidocétose ;
- absentéisme au travail ;
- amélioration de la qualité de vie ;
- coûts directs et indirects.

Les résultats de l'étude RESCUE peuvent servir de comparatif pour l'analyse de ces résultats.

2. Les patients utilisant un capteur implantable ont-ils développé une allergie à l'adhésif destiné à maintenir le transmetteur au dessus du capteur ?

- Si oui, cette allergie a-t-elle nécessité l'arrêt de l'utilisation de ce capteur ?
- Quelle alternative de mesure de la glycémie a-t-elle été proposée à ces patients ?

3. Chez les patients, quel est l'impact sur le long terme des multiples implantations et explantations du capteur ?

4. Quelles autres complications ont eu un impact sur la poursuite du traitement à long terme ?

5. Quel est le rapport coût-efficacité de ce dispositif ?

Ce rapport final doit contenir au moins les éléments suivants :

1) Une revue systématique de la littérature au sujet du capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose dans le liquide interstitiel, accompagnée d'une discussion des publications identifiées et des différents dispositifs médicaux, en particulier une discussion des études cliniques. Cette revue systématique de la littérature doit être actuelle jusqu'à six mois avant la date de remise du rapport final.

2) Une analyse de la population des patients dans le registre, portant au moins sur :

- a) Les données démographiques ;
- b) Les données liées à la procédure ;
- c) Les similarités et différences entre les établissements hospitaliers concernant la sélection des patients;
- d) Le nombre d'implantations par établissement hospitalier ;
- e) Une discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec la littérature (études cliniques et registres).

3) Une analyse des données de suivi collectées. Cela comporte au minimum :

- a. Les raisons d'un arrêt éventuel de l'utilisation du capteur implantable ;
- b. L'apparition de divers effets secondaires majeurs après l'implantation et un suivi plus long si disponible ;
- c. Une discussion de cette analyse, y compris une comparaison de ces résultats avec ceux de la littérature (études cliniques et registres).

4) Une analyse rétrospective des frais médicaux directs pendant une année avant la première implantation, pour la première implantation (consultation, tests diagnostiques et l'implantation) et pour chaque année complète suivant la première implantation. Les frais suivants sont analysés :

- a) Coûts de la procédure d'implantation, de la procédure d'explantation et de la procédure de remplacement ;
- b) Coût de la prise en charge des complications lors des implantations ou des l'explantations et des complications post-implantation ;
- c) Coût des hospitalisations en raisons de problèmes de glycémie ;
- d) Une discussion de cette analyse.

5) Une proposition détaillée relative aux indications pouvant être inscrites dans les conditions de remboursement. Chacune des indications proposées doit être motivée sur la base de la revue de littérature ou des résultats obtenus sous cette ACL.

6) Un examen de la plus-value thérapeutique, l'intérêt dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux, et la proportion entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique (efficacité), de sorte que la Commission puisse proposer une réglementation définitive motivée au Ministre.

Les organismes assureurs fourniront les données demandées sous le point 4 du rapport final (une analyse rétrospective des frais médicaux directs) pour au plus tard six mois avant le rapport final ou trois mois après que 400 bénéficiaires aient été implantés afin que les établissements hospitaliers qui ont adhéré puissent effectuer l'analyse des coûts.

Si ce rapport n'est pas communiqué à la date mentionnée ci-dessus ou six mois après que 400 bénéficiaires aient été implantés, la Commission en informe le Ministre. Celui-ci peut prendre la décision de suspendre le remboursement du dispositif.

La Commission utilisera le rapport final qui évalue le dispositif comme base pour rédiger un règlement définitif. Ce règlement sera soumis au Ministre par l'intermédiaire de la Commission.

## **10. Droit de résiliation pour chaque partie prenante**

La convention entre en vigueur le 01/10/2019 et est valable jusqu'à ce que 400 bénéficiaires aient été implantés ou plus tard jusqu'au 30/09/2024 (date de début + 5 ans) inclus, mais peut toujours être résiliée par l'INAMI ou par un établissement hospitalier, par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

La convention expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions de cette convention.

## 11. Divers

A la demande de la Commission ou de l'évaluateur, une réunion peut être organisée à tout moment.