

## 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.

## 2. Prestations et Modalités de remboursement

### D. Urologie et néphrologie

#### D.4 Prostate

Date dernière modification : 1/09/2021	Date première publication : 1/03/2017			<b>CHANGE</b>
<b>182055 - 182066</b>	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par énucléation laser			
<b>Catégorie de remboursement :</b>	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
<b>Conditions de remboursement :</b>	D-§09			

Date dernière modification : 1/09/2021	Date première publication : 1/03/2017			<b>CHANGE</b>
<b>182092 - 182103</b>	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par vaporisation laser			
<b>Catégorie de remboursement :</b>	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
<b>Conditions de remboursement :</b>	D-§09			

Date dernière modification : 1/09/2021	Date première publication : 1/09/2021			<b>NOUVEAU</b>
<b>181731 -</b>	Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par thérapie à la vapeur d'eau générée par radiofréquence (ambulatoire)			
<b>Catégorie de remboursement :</b>	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
<b>Conditions de remboursement :</b>	D-§09			

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/09/2021

Date première publication :  
1/09/2021

**NOUVEAU**

**- 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

*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.9 Divers

Date dernière modification : 1/09/2021

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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-§07

Prestations liées

154335	154346
154350	154361
154372	154383
154394	154405
154416	154420
154431	154442
154475	154486
154490	154501
154534	154545
154556	154560
154571	154582
154593	154604
154615	154626
154630	154641
154696	154700
154711	154722
154733	154744
154755	154766
154770	154781
154851	154862
154954	154965
155190	155201

Afin de bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations des dispositifs médicaux utilisés pour une même intervention chirurgicale, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

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

Pas d'application

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

Pas d'application

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

Pas d'application

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

Pas d'obligation administrative

#### **5. Règles d'attestation**

##### **5.1. Règles de non-cumul**

Si, pour une même intervention chirurgicale, deux prestations sont prévues pour le remboursement des dispositifs médicaux utilisés, l'une dans le cas d'une réalisation endoscopique, l'autre dans le cas d'une réalisation par voie ouverte, les deux prestations ne sont dès lors pas cumulables entre elles et la manière dont a été réalisée l'intervention détermine le forfait correspondant qui peut être attesté pour le matériel.

Lorsqu'une intervention est commencée par voie endoscopique et est, pendant le même temps opératoire, continuée par voie ouverte, (seule) la prestation relative aux dispositifs médicaux utilisés lors de la réalisation endoscopique peut être attestée.

##### **5.2. Autres règles**

Pas d'application

##### **5.3. Dérogation à la procédure**

Pas d'application

#### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

#### **7. Divers**

Pas d'application

**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

## G. Chirurgie vasculaire

### G.5 Matériel d'embolisation

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/10/2019

**174053 - 174064**

Premier microcathéter et accessoires pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.279,00	<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>	€ 1.279,00

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

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/10/2019

**174090 - 174101**

Premier microcathéter et accessoires utilisés lors d'une embolisation avec du matériel solidifiant, dans la région encéphalique ou médullaire

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.365,00	<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>	€ 1.365,00

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

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/10/2019

**174112 - 174123**

Microcathéter et accessoires utilisés lors d'une embolisation avec du matériel solidifiant, dans la région encéphalique ou médullaire, par microcathéter supplémentaire

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

<i>Base de remboursement</i>	€ 1.080,00	<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>	€ 1.080,00

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

Date dernière modification : 1/10/2019

Date première publication :  
1/10/2019

**174075 - 174086**

Microcathéter et accessoires pour effectuer une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, à partir du deuxième microcathéter

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

<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

## Conditions de remboursement

G-§05

Prestations liées

161490

161501

161512

161523

174016	174020
174031	174042
174053	174064
174075	174086
174090	174101
174112	174123
174134	174145
174156	174160
174171	174182
174193	174204
174215	174226
174230	174241
174252	174263
174274	174285
174296	174300
174311	174322

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à l'emploi de matériel d'embolisation dans la région encéphalique ou médullaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

- L'établissement hospitalier répond à tous les critères du programme de soins spécialisés « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » comme décrit dans l'Arrêté Royal du 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

#### 3.1 Définition

Dans le libellé des prestations 174016-174020 et 174031-174042, on entend par "matériel de cathétérisme de base" : tout le matériel nécessaire pour obtenir un accès jusqu'au vaisseaux encéphaliques ou médullaires.

Dans le libellé de la prestation 174031-174042, on entend par "configuration triaxiale" : une combinaison emboîtée d'un cathéter de base ou gaine avec une longueur de travail d'au moins 70 cm, d'un cathéter intermédiaire « distal access » avec une longueur de travail d'au moins 90 cm et d'un microcathéter. Le cathéter intermédiaire « distal access » a une extrémité

flexible et est utilisé dans le but d'atteindre au moins la partie distale de l'artère carotide interne, l'artère carotide externe, l'artère vertébrale ou la veine jugulaire interne.

Dans le libellé des prestations 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101 et 174112-174123, on entend par "microcathéter" : un cathéter avec un diamètre extérieur maximal allant jusqu'à 3 French (1 mm).

Dans le libellé de la prestation 174171-174182, on entend par "spire détachable" une spire qui peut être retirée dans le cathéter et repositionnée pendant la procédure et qui doit être détachée du poussoir d'une façon contrôlée pour l'implantation.

Les prestations 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226 et 174230-174241 couvrent l'implant et le système de placement spécifiquement pour l'implant.

Dans le libellé de la prestation 174252-174263, on entend par "accessoires" : la substance radio-opaque, le solvant et le matériel pour mélanger les composants avec la substance solidifiante et pour déposer le mélange au niveau de la lésion via le microcathéter.

## **3.2. Critères**

**3.2.1** Un stent pour traitement d'un anévrisme intracrânien situé à hauteur d'une bifurcation (174215-174226) ou un système de diversion ou un dérivateur de flux (174230-174241) ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que s'ils répondent aux critères suivants :

- soit être approuvé par la FDA avec une PMA
- soit disposer d'une ou plusieurs études cliniques publiées dans une revue «peer reviewed» avec au minimum cinquante patients ayant un suivi de 3 mois, qui démontrent que le dispositif a un profil de sécurité acceptable.

**3.2.2** Un stent pour traitement d'un anévrisme intracrânien situé à hauteur d'une bifurcation (174215-174226) ou un système de diversion ou un dérivateur de flux (174230-174241) qui est, selon le demandeur, une modification légère (implant et/ou système de placement) d'un dispositif du même fabricant déjà repris sur la liste nominative ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si la Commission juge qu'il s'agit d'une version légèrement modifiée sur la base des éléments suivants :

- un texte expliquant de façon détaillée et documentée que le dispositif et/ou le système de placement n'a été que légèrement modifié et ne constitue donc pas un nouveau dispositif ainsi qu'une argumentation ou une analyse de risques selon laquelle il n'y a pas d'impact négatif quant à la sécurité ou à l'efficacité du dispositif et/ou du système de placement,
- une information spécifiant dans quelle mesure le dispositif modifié a été admis au remboursement dans d'autres pays européens.

**3.2.3** Un stent pour traitement d'un anévrisme intracrânien situé à hauteur d'une bifurcation (174215-174226) ou un système de diversion ou un dérivateur de flux (174230-174241) qui est une modification (implant et/ou système de placement) d'un dispositif déjà repris sur la liste nominative et du même fabricant, et qui ne peut pas être considéré comme une modification légère telle que stipulée au point 3.2.2. suit la procédure décrite au point 3.2.1.

## **3.3. Conditions de garantie**

Pas d'application

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

#### **4.1. Première implantation**

Le rapport médical et les images radiologiques desquels il ressort que les dispositifs décrits sous les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ont été utilisés, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire. Ce rapport reprend, en plus de la description des lésions, le résultat à atteindre et le résultat obtenu, et de façon détaillée, quels dispositifs ont été utilisés pour l'embolisation effective.

#### **4.2. Remplacement**

Pas d'application

#### **4.3. Remplacement prématuré**

Pas d'application

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

Pas d'application

### **5. Règles d'attestation**

Les prestations 174016-174020, 174031-174042, 174053-174064, 174075-174086, 174090-174101, 174112-174123, 174134-174145, 174156-174160, 174171-174182, 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263, 174274-174285, 174296-174300 et 174311-174322 ne peuvent être attestées qu'à l'occasion de la prestation 589116 - 589120 de la nomenclature.

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

Par point de ponction, seule une prestation 174016-174020 ou une prestation 174031-174042 peut être attestée.

Les prestations 174053-174064 et 174090-174101 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par intervention et ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 174075-174086 et 174112-174123 ne peuvent être attestées que si les prestations 174053-174064 ou 174090-174101 sont respectivement attestées.

#### **5.2. Autres règles**

Les prestations 161490-161501, 161512-161523, 174252-174263 ou 174274-174285 ne peuvent pas être attestées pour couvrir le matériel utilisé lors d'une vertébroplastie ou cyphoplastie.

Les colles tissulaires ne peuvent pas être attestées sous la prestation 174252-174263.

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

Pas d'application

### **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application

### **7. Divers**

Pas d'application