

## 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

### E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

#### E.7 Sphincter artificiel

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**157511 - 157522**

Sphincter anal artificiel pour le traitement de l'incontinence fécale, y compris les accessoires

**Catégorie de remboursement :**

I.C.a

**Liste Nom.**

31701

Base de remboursement

€ 5.424,52

Marge de sécurité (%) 0,00%

Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

€ 5.424,52

Marge de sécurité (€) € 0,00

Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 5.424,52

**Conditions de remboursement :**

E-§04

#### E.8 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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*

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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*

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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*

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**157776 - 157780**

Programme 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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**CHANGE**

**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*

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**CHANGE**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**CHANGE**

**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

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**CHANGE**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**CHANGE**

**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

*Base de remboursement*

€ 5.424,52

*Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix maximum*

€ 5.424,52

*Marge de sécurité (€)* € 0,00

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

€ 5.424,52

**Conditions de remboursement :**

E-§04

## E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2021

**CHANGE**

**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

*Base de remboursement*

€ 5.424,52 *Marge de sécurité (%)* 0,00%

*Intervention personnelle (%)* 0,00%

*Prix maximum*

€ 5.424,52 *Marge de sécurité (€)* € 0,00

*Intervention personnelle (€)* € 0,00

*Montant du remboursement* € 5.424,52

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

---

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**NOUVEAU**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**NOUVEAU**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**NOUVEAU**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**NOUVEAU**

**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 : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**NOUVEAU**

**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*

# Conditions de remboursement

E-§04

## 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**

### **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 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.

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.1 Coeur

#### F.1.11 Autres disponibles lors d'une intervention sur le coeur

Date dernière modification : 1/06/2022	Date première publication : 1/03/2016	<b>CHANGE</b>
<b>172594 - 172605</b>	Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	II.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 1.980,80	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 1.980,80
<b>Conditions de remboursement :</b>	F-§20	

---

### F.5 Thorax et paroi thoracique: divers

Date dernière modification : 1/06/2022	Date première publication : 1/07/2014	<b>CHANGE</b>
<b>160392 - 160403</b>	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	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 719,84	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 719,84

---

Date dernière modification : 1/06/2022	Date première publication : 1/06/2022	<b>NOUVEAU</b>
<b>182350 - 182361</b>	Plaque d'ostéosynthèse jusqu'à huit trous y compris, pour traiter un cal vicieux ou une pseudarthrose du sternum	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 184,91	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 184,91

---

Date dernière modification : 1/06/2022	Date première publication : 1/06/2022	<b>NOUVEAU</b>
<b>182372 - 182383</b>	Plaque d'osteosynthèse de plus de huit trous, pour traiter un cal vicieux ou une pseudarthrose du sternum	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.D.a	
<i>Base de remboursement</i>	€ 364,38	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond/ maximum</i>	/	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> € 364,38

---

## Conditions de remboursement

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.



## H. Gynécologie

### H.1 Sein

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**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 :** I.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

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**NOUVEAU**

**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

*Base de remboursement* € 150,00 *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%

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

*Montant du remboursement* € 150,00

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

## Conditions de remboursement

H-§06

Prestations liées

**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.

## L. Orthopédie et traumatologie

### L.3 Traumatologie et ostéosynthèse

#### L.3.4 Plaque d'ostéosynthèse

##### L.3.4.3 Implant d'ostéosynthèse à localisation anatomique

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**NOUVEAU**

**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

**NOUVEAU**

**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

Date dernière modification : 1/06/2022

Date première publication :  
1/06/2022

**NOUVEAU**

**182431 - 182442**

Plaque d'ostéosynthèse 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

**NOUVEAU**

**182453 - 182464**

Plaque d'ostéosynthèse 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

## Conditions de remboursement

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.