"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025)
"Art. 27/1. Sont considérés comme relevant de la compétence des Technologues orthopédiques en bandagisterie et orthésiologie (O), ci-après dénommés dispensateurs de soins :

A. Bandages pour hernie et ceintures abdominales

A.1. Prestations"

"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025) + erratum M.B. 28.11.2025
"A.1.1. Bandages pour hernie:"

"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025)

"	601016	ombilicale (en caoutchouc)	O	28,57
	601031	ombilicale	O	110,19
	601053	inguinale unilatérale (en caoutchouc)	O	28,57
	601075	inguinale unilatérale	O	110,19
	601090	inguinale bilatérale (en caoutchouc)	O	37,78
	601112	inguinale bilatérale	O	204,64
	601134	scrotale, inguino-scrotale ou crurale unilatérale	O	157,42
	601156	scrotale, inguino-scrotale ou crurale bilatérale	O	283,35
	601171	sangle de Glénard	O	110,19
	601193	bandage avec suspensoir compressif, sur mesure, pour hernie scrotale irréductible	O	418,81

A.1.2. Ceinture abdominale sur mesure :

	601311	tour des hanches inférieur à 1 m	O	239,85
	601333	tour des hanches de 1 m à 1,20 m	O	287,82
	601355	tour des hanches de 1,21 m à 1,30 m	O	319,80
	601370	tour des hanches supérieur à 1,30 m	O	351,78
	601392	pelote pour ptose gastrique	O	31,98
	601414	pelote pour ptose rénale ou hernie inguinale	O	22,39
	601436	pelote pour éventration	O	31,98

La prestation 601414 n'est pas cumulable avec les prestations A.1.1 Bandages pour hernie.

La prestation 601436 peut uniquement être cumulée avec la prestation 601311, 601333, 601355 ou 601370.

A.2. Définitions

Par produits manufacturés (faits sur mesure), il faut entendre des produits fabriqués sur la base de matières premières et/ou de pièces détachées et confectionnés individuellement suivant les mesures du patient (custom-made).

A.3. Indications

Les sangles prévues sous le nom de "Sangles de Glénard" ne sont remboursées que s'il est établi que le bénéficiaire présente de la ptose rénale, de la ptose de l'estomac ou du côlon ou une hernie épigastrique.

Les ceintures abdominales ne sont remboursées que s'il est établi que le bénéficiaire présente une ptose rénale, une diastase prononcée des muscles grands droits, une éventration de la paroi abdominale, une hernie ombilicale importante ou un anus artificiel.

A.4. Procédure de demande

A.4.1. Prescripteurs

Les prestations visées au A.1.ne sont remboursées, que si elles ont été prescrites par un médecin, tant pour la première délivrance que pour le renouvellement.

A.4.2. Documents et procédure

Les produits prévus au A.1. ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :
- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage ;
- six mois s'il s'agit d'un renouvellement.

Sur la prescription médicale doit au moins être mentionnée la nature de l'affection.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables suivant la date de remise de la prescription au dispensateur de soins ou, si elle est conditionnée par l'approbation du médecin-conseil, à partir de la date de cette approbation sauf en cas de force majeure démontrée.

A.5. Dispositions générales

Les produits fabriqués sur mesure repris au A.1. doivent être essayés au moins une fois avant la finition du produit à délivrer.

Les produits repris au A.1. doivent être appliqués au bénéficiaire lors de la délivrance.

Toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien du produit doivent être fournies au bénéficiaire.

Le dispensateur de soins doit exécuter lui-même la délivrance et disposer de l'installation et de l'outillage nécessaire à la confection sur mesure et à l'essayage. Il ne peut offrir en vente, ni fournir les produits repris au A.1. sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage.

Lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au dispensateur de soins, celui-ci peut se rendre à résidence.

A.6. Dispositions spécifiques

Nihil

A.7. Renouvellement

A.7.1. Délais de renouvellement

Le renouvellement des bandages, des sangles et des ceintures abdominales ne peut se faire qu'après un délai de trois ans, suivant la date de la délivrance antérieure.

Toutefois, ce délai est ramené à :

a) six mois pour les enfants n'ayant pas atteint leur deuxième anniversaire au moment du renouvellement;

b) douze mois pour les enfants n'ayant pas atteint leur seizième anniversaire au moment du renouvellement.

Le bandage pour hernie inguinale bilatérale (601090 ou 601112) peut être remboursé avant la fin du délai de renouvellement du bandage pour hernie inguinale unilatérale (prestation 601053 ou 601075)

A.7.2. Renouvellement anticipé

La demande de remplacement anticipé pour cause de changement anatomique, est transmise au Collège des médecins-directeurs par le médecin-conseil de la mutualité à laquelle est affilié le bénéficiaire. La demande motivée comprend une justification médicale, rédigée par le médecin traitant et mentionnant l'évolution de l'état anatomique entre la date de la délivrance précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins. L'intervention ne peut être accordée qu'après autorisation donnée par le Collège des médecins-directeurs avant la délivrance.

A.8. Réparation et entretien

Nihil

A.9. Critères techniques

Les produits mentionnés au A.1. doivent être conformes aux critères minimums de fabrication qui sont mentionnés au L.

B. Prothèses mammaires externes après mammectomie totale ou partielle ou en cas d'agénésie unilatérale

B.1. Prestations

B.1.1. Appareillage postopératoire

642213	642224	Prothèse mammaire postopératoire	O	35,10

B.1.2. Appareillage provisoire (première prothèse mammaire)

1° Prothèse mammaire complète.

642235	Première prothèse mammaire complète non adhésive, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	O	268,44
642515	Première prothèse mammaire complète non adhésive à plusieurs couches, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	O	268,44
642530	Première prothèse mammaire complète auto-adhésive, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	O	268,44
642552	Première prothèse mammaire complète avec bandes adhésives, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	O	268,44
642574	Première prothèse mammaire complète sur mesure, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	O	268,44

2° Prothèse mammaire partielle.

642250	Première prothèse mammaire partielle non adhésive, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	O	264,31
642596	Première prothèse mammaire partielle auto-adhésive, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	O	264,31

B.1.3. Appareillage définitif

1° Prothèse mammaire complète.

642272	Prothèse mammaire complète non adhésive	O	268,44
642294	Prothèse mammaire complète non adhésive à plusieurs couches	O	268,44
642316	Prothèse mammaire complète auto-adhésive	O	268,44
642331	Prothèse mammaire complète avec bandes adhésives	O	268,44
642611	Prothèse mammaire complète sur mesure	O	268,44

2° Prothèse mammaire partielle.

642353	Prothèse mammaire partielle non adhésive	O	264,31
642375	Prothèse mammaire partielle auto-adhésive	O	264,31

B.1.4. Accessoires pour prothèses mammaires.

642390	Intervention forfaitaire pour le set de soins pour prothèse mammaire auto-adhésive, composé d'un produit d'entretien de la prothèse et d'un produit d'entretien de la peau Dotation pour le set de soins : - 1 set/3 mois pour la prothèse mammaire complète (prestations 642530 et 642316) - 1 set/6 mois pour la prothèse mammaire partielle (prestations 642596 et 642375)	O	22,71
642412	Intervention forfaitaire pour les bandes adhésives de la prothèse mammaire complète munies d'un film protecteur de la peau et d'un système de soutien, y compris les autres accessoires Dotation pour les bandes adhésives : 1 fois/3 mois pour la prothèse mammaire complète (prestations 642552 et 642331) (minimum 8 pièces)	O	45,43

B.2. Définitions

Par produits manufacturés et produits préfabriqués, il faut entendre :

a) les produits manufacturés (faits sur mesure) : ce sont des produits fabriqués sur la base de matières premières et/ou de pièces détachées et confectionnés individuellement suivant les mesures du patient (custom-made);

b) les produits préfabriqués (préfab) : tout produit fini standard qui est produit en série et auquel de petites adaptations éventuelles peuvent être apportées.

B.3. Indications

Les prothèses mammaires externes et leurs accessoires sont uniquement remboursés après mammectomie totale ou partielle ou en cas d'agénésie unilatérale.

La prestation 642213-642224 (prothèse mammaire post-opératoire) peut uniquement être remboursée jusqu'à 6 semaines après l'intervention chirurgicale. La prothèse mammaire post-opératoire n'est pas remboursée en cas d'agénésie unilatérale.

Les prestations 642235, 642515, 642530, 642552, 642574, 642250 et 642596 (appareillage provisoire) peuvent uniquement être remboursées au plus tôt six semaines après l'intervention. En cas d'agénésie unilatérale, le bénéficiaire a directement droit à un appareillage provisoire.

Après un délai d'un an à compter de la date de délivrance de l'appareillage provisoire (prestations 642235, 642515, 642530, 642552, 642574, 642250 et 642596), une première prothèse mammaire définitive peut être remboursée.

Les prestations 642574 et 642611 (prothèse mammaire sur mesure) peuvent uniquement être remboursées à partir de la taille 14.

B.4. Procédure de demande

B.4.1. Prescripteurs

Les prestations visées au B.1. ne sont remboursées, que si elles ont été prescrites par un médecin, tant pour la première délivrance que pour le renouvellement.

B.4.2. Documents et procédure

Les produits prévus au B.1. ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :
- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage;
- six mois s'il s'agit d'un renouvellement.

Sur la prescription médicale doit au moins être mentionnée la nature de l'affection.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables suivant la date de remise de la prescription au dispensateur de soins ou, si elle est conditionnée par l'approbation du médecin-conseil, à partir de la date de cette approbation sauf en cas de force majeure démontrée.

B.5. Dispositions générales

Les produits fabriqués sur mesure repris au B.1. doivent être essayés au moins une fois avant la finition du produit à délivrer.

Les produits repris au B.1. doivent être appliqués au bénéficiaire lors de la délivrance.

Toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien du produit doivent être fournies au bénéficiaire.

Le dispensateur de soins doit exécuter lui-même la délivrance et disposer de l'installation et de l'outillage nécessaire à la confection sur mesure et à l'essayage. Il ne peut offrir en vente, ni fournir les produits repris au B.1. sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage.

Lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au dispensateur de soins, celui-ci peut se rendre à résidence.

B.6. Dispositions spécifiques

Afin d'entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance, les prothèses mammaires externes préfab doivent figurer sur la liste des produits admis au remboursement.

Cette liste est établie par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques – organismes assureurs, conformément à la procédure prévue au K.2.

B.7. Renouvellement

B.7.1. Délais de renouvellement

L'intervention de l'assurance maladie pour la prothèse mammaire définitive suivante ne peut être renouvelée qu'après un délai de deux ans à compter de la date de la délivrance précédente d'une prothèse mammaire définitive.

L'appareillage provisoire (prestations 642235, 642515, 642530, 642552, 642574, 642250 et 642596) peut à nouveau être remboursé à la suite d'une nouvelle intervention chirurgicale.

Après l'amputation du second sein, deux nouvelles prothèses mammaires provisoires doivent être délivrées et ceci au plus tôt six semaines après l'opération du second sein.

B.7.2.Renouvellement anticipé

La demande de remplacement anticipé pour cause de changement anatomique est transmise au Collège des médecins-directeurs par le médecin-conseil de la mutualité à laquelle est affilié le bénéficiaire. La demande motivée comprend une justification médicale, rédigée par le médecin traitant et mentionnant l'évolution de l'état anatomique entre la date de la délivrance précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins. L'intervention ne peut être accordée qu'après autorisation donnée par le Collège des médecins-directeurs avant la délivrance.

B.8. Réparation et entretien

Nihil

B.9. Critères techniques

Les produits mentionnés au B.1. doivent être conformes aux critères minimums de fabrication qui sont mentionnés au L.

C. Gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques

C.1. Prestations

C.1.1. GAUCHE:

	Prefab:		
654054	Gaine de bras sans gant	O	73,98
654172	Gaine de bras avec gant sans doigts en une pièce	O	95,13
654253	Gant sans doigts	O	62,18
654334	Gant avec doigts ouverts/fermés	O	139,09
	Sur mesure :		
654452	Gaine de bras confectionnée individuellement sans gant	O	205,01
654872	Gaine de bras confectionnée individuellement avec gant sans doigts en une pièce	O	252,26
654916	Gaine de bras confectionnée individuellement avec gant avec doigts ouverts/fermés en une pièce	O	393,70
654953	Gant confectionné individuellement sans doigts	O	117,11
655211	Gant confectionné individuellement avec doigts ouverts/fermés	O	288,87

C.1.2. DROITE

	Prefab :		
654076	Gaine de bras sans gant	O	73,98
654194	Gaine de bras avec gant sans doigts en une pièce	O	95,13
654275	Gant sans doigts	O	62,18
654356	Gant avec doigts ouverts/fermés	O	139,09
	Sur mesure :		
654474	Gaine de bras confectionnée individuellement sans gant	O	205,01
654894	Gaine de bras confectionnée individuellement avec gant sans doigts en une pièce	O	252,26
654931	Gaine de bras confectionnée individuellement avec gant avec doigts ouverts/fermés en une pièce	O	393,70
654975	Gant confectionné individuellement sans doigts	O	117,11
655233	Gant confectionné individuellement avec doigts ouverts/fermés	O	288,87

C.2. Définitions

Par produits manufacturés et produits préfabriqués, il faut entendre :

a) les produits manufacturés (faits sur mesure) : ce sont des produits fabriqués sur la base de matières premières et/ou de pièces détachées et confectionnés individuellement suivant les mesures du patient (custom-made);

b) les produits préfabriqués (préfab) : tout produit fini standard qui est produit en série et auquel de petites adaptations éventuelles peuvent être apportées.

C.3. Indications

Les gaines de bras et les gants élastiques thérapeutiques ne sont remboursés qu'en cas de :

- lymphoedème du membre supérieur, acquis ou présent à la naissance;

- malformation vasculaire du membre supérieur, présente à la naissance

C.4. Prescripteurs

Les gaines de bras et les gants élastiques thérapeutiques ne sont remboursés que s'ils sont prescrits par un médecin-spécialiste en chirurgie, en médecine interne, en gériatrie, en gynécologie-obstétrique, en médecine physique et en réadaptation, en radiothérapie-oncologie, en pédiatrie, en dermato-vénérologie ou en oncologie médicale.

C.5. Règles d'application générales

Les produits fabriqués sur mesure repris au C.1. doivent être essayés au moins une fois avant la finition du produit à délivrer.

Les produits repris au C.1. doivent être appliqués au bénéficiaire lors de la délivrance.

Toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien du produit doivent être fournies au bénéficiaire.

Le dispensateur de soins doit exécuter lui-même la délivrance et disposer de l'installation et de l'outillage nécessaire à la confection sur mesure et à l'essayage. Il ne peut offrir en vente, ni fournir les produits repris au C.1. sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage.

Lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au dispensateur de soins, celui-ci peut se rendre à résidence.

C.6. Règles d'application spécifiques

C.6.1. Les gaines de bras et les gants élastiques thérapeutiques doivent comprimer le membre supérieur distalement à partir :

1. de l'extrémité de la phalange distale et/ou d'au minimum la phalange proximale des 5 doigts de la main dans le cas des gaines de bras élastiques thérapeutiques avec gant avec doigts ouverts/fermés et dans le cas des gants élastiques thérapeutiques avec doigts ouverts/fermés;

2. des têtes des métacarpes II à V et de la phalange proximale du pouce de la main dans le cas des gaines de bras élastiques thérapeutiques avec gant sans doigts et dans le cas des gants élastiques thérapeutiques sans doigts.

La compression se fait proximalement jusqu'au :

1. poignet au minimum, dans le cas des gants élastiques thérapeutiques (avec ou sans doigts ouverts/ fermés);

2. tiers proximal du segment bras, dans le cas des gaines élastiques thérapeutiques (sans gant ou avec gant avec ou sans doigts ouverts/fermés).

C.6.2. Afin d'entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance, les gaines de bras et les gants élastiques thérapeutiques préfab doivent figurer sur la liste des produits admis au remboursement.

Cette liste est établie par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques – organismes assureurs, conformément à la procédure prévue au K.2.

C.6.3. Lors de chaque délivrance de gaines de bras et de gants élastiques thérapeutiques, le dispensateur de soins doit prendre les mesures du bénéficiaire. Le dispensateur de soins doit conserver les données de la prise de mesures et tous les éléments des prescriptions médicales successives dans le dossier du bénéficiaire. Le dossier peut être demandé par le médecin conseil.

C.6.4. La confection sur mesure est utilisée pour les bénéficiaires présentant de grandes différences de mesures et/ou des formes anormales qui ne correspondent à aucun schéma d'une confection préfabriquée, comme un décalage entre les mesures de tour ou de longueur de l'avant-bras et du bras.

La gaine de bras et le gant confectionnés individuellement sur mesure ne sont remboursés qu'après avoir reçu l'accord du médecin-conseil. La demande comprend la prescription médicale (cfr. point C.8.1.) et un rapport motivé du dispensateur de soins incluant le schéma de mesures (cfr. point C.8.3.).

La délivrance peut avoir lieu avant que la décision du médecin-conseil ne soit connue. Dans ce cas, le dispensateur de soins informe le bénéficiaire qu'en cas de refus par le médecin-conseil, les prestations sont à charge du bénéficiaire.

C.7. Renouvellement

C.7.1. Délais de renouvellement et règles de tarification

Le bénéficiaire peut prétendre par année civile à une seule des combinaisons suivantes, par membre traité :

a) maximum 2 gaines de bras sans gant + 4 gants séparés avec ou sans doigts ouverts/fermés;

b) maximum 3 gaines de bras avec gant d'une seule pièce;

c) maximum 1 gaine de bras avec gant d'une seule pièce + 1 gaine de bras sans gant + 2 gants séparés avec ou sans doigts ouverts/fermés.

C.7.2. Renouvellement anticipé

La demande de remplacement anticipé pour cause de changement anatomique est transmise au Collège des médecins-directeurs par le médecin-conseil de la mutualité à laquelle est affilié le bénéficaire. La demande motivée comprend une justification médicale, rédigée par le médecin traitant et mentionnant l'évolution de l'état anatomique entre la date de la délivrance précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins. L'intervention ne peut être accordée qu'après autorisation donnée par le Collège des médecins-directeurs avant la délivrance.

C.8. Formulaires

C.8.1. Prescription médicale

Les produits prévus au C.1. ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :
- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage;
- six mois s'il s'agit dun renouvellement.

Dans la prescription, le médecin prescripteur inscrit au moins l'indication et la classe de compression nécessaire.

Pour la rédaction de la prescription, le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs doit être utilisé.

C.8.2. Attestation de délivrance

L'attestation de délivrance est rédigée par le dispensateur de soins. Ce document est signé lors de la délivrance par le bénéficiaire ou son représentant légal.

Pour la rédaction de l'attestation de délivrance, le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs, doit être utilisé.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables suivant la date de remise de la prescription au dispensateur de soins ou, si elle est conditionnée par l'approbation du médecin-conseil, à partir de la date de cette approbation sauf en cas de force majeure démontrée.

C.8.3. Schéma de mesures

Pour l'établissement du schéma de mesures, le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs, ou un schéma de mesures équivalent du fabricant, doit être utilisé.

C.9. Critères techniques

Les produits mentionnés au C.1. doivent être conformes aux critères minimums de fabrication qui sont mentionnés au L.

D. Bas élastiques thérapeutiques pour la jambe

D.1. Prestations

Sous-groupe 1 : "lymphoedème"

1. Bas jarret (par jambe traitée)

GAUCHE
1.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied et la jambe jusqu'au genou (AD)

Prefab :

769834	Bas AD, jambe gauche, classe II	O	35,26
769856	Bas AD, jambe gauche, classe III ou IV	O	35,26

Sur mesure :

769871	Bas AD, jambe gauche, classe II	O	35,26
769893	Bas AD, jambe gauche, classe III	O	35,26
769915	Bas AD, jambe gauche, classe IV	O	35,26

DROITE
1.2. Bas élastique thérapeutique pour le pied et la jambe jusqu'au genou (AD)

Prefab :

769930	Bas AD, jambe droite, classe II	O	35,26
769952	Bas AD, jambe droite, classe III ou IV	O	35,26

Sur mesure :

769974	Bas AD, jambe droite, classe II	O	35,26
769996	Bas AD, jambe droite, classe III	O	35,26
770571	Bas AD, jambe droite, classe IV	O	35,26

2. Bas cuisse (par jambe traitée)

GAUCHE
2.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine (AG)

Prefab :

769016	Bas AG jambe gauche, classe II	O	59,95
769031	Bas AG jambe gauche, classe III ou IV	O	59,95

Sur mesure :

769053	Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe II	O	160,34
769075	Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	182,65

769090	Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	182,65
	2.2. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine avec fixation à la hanche (AG-T)		
	Prefab :		
769112	Bas AGT jambe gauche, classe II	O	73,89
769134	Bas AGT jambe gauche, classe III ou IV	O	73,89
	Sur mesure :		
769156	Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe II	O	121,29
769171	Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	121,29
769193	Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	213,32
	DROITE		
	2.3. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine (AG)		
	Prefab :		
769215	Bas AG jambe droite, classe II	O	59,95
769230	Bas AG jambe droite, classe III ou IV	O	59,95
	Sur mesure :		
769252	Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe II	O	160,34
769274	Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	182,65
769296	Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	182,65
	2.4. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine avec fixation à la hanche (AG-T)		
	Prefab :		
769311	Bas AGT jambe droite, classe II	O	73,89
769333	Bas AGT jambe droite, classe III ou IV	O	73,89
	Sur mesure :		
769355	Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe II	O	121,29
769370	Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	121,29

769392	Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	213,32
	3. Collant		
	3.1. Collant pour les deux jambes (AT)		
	Prefab :		
769414	Bas AT, classe II	O	118,50
769436	Bas AT, classe III ou IV	O	118,50
	Sur mesure :		
769451	Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe II	O	255,15
769473	Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	277,45
769495	Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	277,45
	GAUCHE 3.2. Mono Collant avec culotte complète (Mono AT)		
	Prefab :		
769510	Mono Bas AT jambe gauche, classe II	O	133,84
769532	Mono Bas AT jambe gauche, classe III ou IV	O	133,84
	Sur mesure :		
769554	Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe II	O	418,26
769576	Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	469,86
769591	Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	501,92
	DROITE 3.3. Mono Collant avec culotte complète (Mono AT)		
	Prefab :		
769613	Mono Bas AT jambe droite, classe II	O	133,84
769635	Mono Bas AT jambe droite, classe III ou IV	O	133,84
	Sur mesure :		
769650	Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe II	O	418,26
769672	Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	469,86
769694	Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	501,92

	4. Pantalon de compression (FT)		
	Sur mesure :		
769716	Pantalon de compression, tricotage sur métier rectiligne, classe II, III ou IV	O	447,55
	Sous-groupe 2 : affections veineuses chroniques		
	1. Bas jarret (par jambe traitée)		
	GAUCHE 1.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied et la jambe jusqu'au genou (AD)		
	Prefab :		
769753	Bas AD, jambe gauche, classe III ou IV	O	35,26
	Sur mesure :		
769775	Bas AD, jambe gauche, classe III ou IV	O	35,26
	DROITE 1.2. Bas élastique thérapeutique pour le pied et la jambe jusqu'au genou (AD)		
	Prefab :		
769790	Bas AD, jambe droite, classe III ou IV	O	35,26
	Sur mesure :		
769812	Bas AD, jambe droite, classe III ou IV	O	35,26
	2. Bas cuisse (par jambe traitée)		
	GAUCHE 2.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine (AG)		
	Prefab :		
770593	Bas AG jambe gauche, classe III ou IV	O	59,95
	Sur mesure :		
770615	Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	182,65
770630	Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	182,65
	2.2. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine avec fixation à la hanche (AG-T)		
	Prefab :		
770652	Bas AGT jambe gauche, classe III ou IV	O	73,89
	Sur mesure :		
770674	Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	121,29

770696	Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	213,32
	DROITE		
	2.3. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine (AG)		
	Prefab :		
770711	Bas AG jambe droite, classe III ou IV	O	59,95
	Sur mesure :		
770733	Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	182,65
770755	Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	182,65
	2.4. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine avec fixation à la hanche (AG-T)		
	Prefab :		
770770	Bas AGT jambe droite, classe III ou IV	O	73,89
	Sur mesure :		
770792	Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	121,29
770814	Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	213,32
	3. Collant		
	3.1. Collant pour les deux jambes (AT)		
	Prefab :		
770836	Bas AT, classe III ou IV	O	118,50
	Sur mesure :		
770851	Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	277,45
770873	Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	277,45
	GAUCHE		
	3.2. Mono Collant avec culotte complète (Mono AT)		
	Prefab :		
770895	Mono Bas AT jambe gauche, classe III ou IV	O	133,84
	Sur mesure :		
770910	Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	469,86
770932	Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	501,98

DROITE
3.3. Mono Collant avec culotte complète (Mono AT)

Prefab :

770954	Mono Bas AT jambe droite, classe III ou IV	O	133,84

Sur mesure :

770976	Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	O	469,86
771352	Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	O	501,98

Accessoires pour les bas élastiques thérapeutiques remboursables du sous-groupe 1 et sous-groupe 2

769731	Intervention forfaitaire unique pour un enfileur de bas	O	69,71

D.2. Définitions

Par produits manufacturés et produits préfabriqués, il faut entendre :

a) les produits manufacturés (faits sur mesure) : ce sont des produits fabriqués sur la base de matières premières et/ou de pièces détachées et confectionnés individuellement suivant les mesures du patient (custom-made);

b) les produits préfabriqués (préfab) : tout produit fini standard qui est produit en série et auquel de petites adaptations éventuelles peuvent être apportées.

D.3. Indications

a) Les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 sont uniquement remboursés en cas de :

1. lymphoedème uni- ou bilatéral après évidement ganglionnaire inguinal ou du petit bassin;

2. lymphoedème après traitement par rayon de la région inguinale;

3. lymphoedème primaire chronique héréditaire;

4. malformation vasculaire congénitale.

b) Les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 2 sont uniquement remboursés en cas de :

1. prévention d'ulcère veineux récidivant en cas d'insuffisance veineuse chronique;

2. présence d'une thrombose veineuse profonde objectivée;

3. présence d'un syndrome post-thrombotique objectivé.

Le diagnostic doit être étayé par des documents conservés dans le dossier médical du bénéficiaire chez le médecin prescripteur. Ces documents peuvent toujours être demandés par le médecin conseil.

D.4. Prescripteurs

Les prestations, à l'exception de la prestation 769731 (enfileur de bas), ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin.

a) Prescripteurs pour la première délivrance de bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 :

Les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 doivent être prescrits par un médecin-spécialiste en chirurgie, en médecine interne, en gériatrie, en gynécologie-obstétrique, en médecine physique et en réadaptation, en radiothérapie-oncologie, en pédiatrie, en dermato-vénéréologie ou en oncologie médicale.

b) Prescripteurs pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 2 :

Les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 2 peuvent être prescrits par tout médecin traitant.

c) Le renouvellement des bas élastiques thérapeutiques des sous-groupes 1 et 2 peut être prescrit par tout médecin traitant.

D.5. Règles d'application générales

Les produits fabriqués sur mesure repris au D.1. doivent être essayés au moins une fois avant la finition du produit à délivrer.

Les produits repris au D.1. doivent être appliqués au bénéficiaire lors de la délivrance.

Toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien du produit doivent être fournies au bénéficiaire.

Le dispensateur de soins doit exécuter lui-même la délivrance et disposer de l'installation et de l'outillage nécessaire à la confection sur mesure et à l'essayage. Il ne peut offrir en vente, ni fournir les produits repris au D.1. sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage.

Lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au dispensateur de soins, celui-ci peut se rendre à résidence.

D.6. Règles d'application spécifiques

D.6.1. L'intervention de l'assurance pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe est accordée à partir de la classe III. L'intervention de l'assurance pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe de classe II du sous-groupe 1 peut uniquement être accordée aux enfants jusqu'au 15ème anniversaire.

D.6.2. Les bas élastiques thérapeutiques préfab pour la jambe peuvent être confectionnés en tricotage circulaire ou en tricotage sur métier rectiligne. Les bas élastiques thérapeutiques sur-mesure pour la jambe doivent être confectionnés en tricotage sur métier rectiligne, à l'exception des bas AD qui peuvent être confectionnés en tricotage circulaire ou en tricotage sur métier rectiligne.

D.6.3. Afin d'entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance, les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe préfab doivent figurer sur la liste des produits admis au remboursement.

Cette liste est établie par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques – organismes assureurs, conformément à la procédure prévue au K.2.

D.6.4. A chaque délivrance de bas élastiques thérapeutiques pour la jambe, les mesures du bénéficiaire doivent être prises. Le dispensateur de soins doit conserver dans le dossier du bénéficiaire les mensurations et adaptations et tous les éléments relatifs aux prescriptions médicales successives. Le dossier peut être demandé par le médecin-conseil. La confection sur mesure est utilisée pour les bénéficiaires présentant de grandes différences de mesures et/ou des formes anormales qui ne correspondent à aucun schéma d'une confection préfabriquée, comme un décalage entre les mesures de tour ou de longueur de la partie inférieure et supérieure de la jambe.

D.6.5. L'enfileur de bas (code de nomenclature 769731) est un outil pour enfiler des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe et consiste en un cadre indéformable en métal ou en matière synthétique.

D.7. Renouvellement

D.7.1. Délais de renouvellement et règles de tarification

a) Délais de renouvellement des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 : par année civile, le bénéficiaire a droit à maximum 4 bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 par jambe traitée.

b) Délais de renouvellement des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 2 : par année civile, le bénéficiaire a droit à maximum 2 bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 2 par jambe traitée.

c) Non-cumul

Au cours de l'année civile, les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe pour les sous-groupes 1 et 2 ne peuvent pas être cumulés.

Au cours de l'année civile, le pantalon de compression (code 769716) et un code de nomenclature du groupe des collants (AT et Mono-AT: codes 769414 à 769694 inclus) ne peuvent pas être cumulés.

d) Le pantalon de compression (code 769716) doit être compté comme l'une des 4 prestations bas élastiques thérapeutiques de jambe qui sont remboursables au cours de la période de renouvellement, par jambe traitée. Ainsi, si le pantalon de compression est délivré et que les deux jambes sont traitées, alors aussi bien pour la jambe gauche que pour la jambe droite, 3 autres bas élastiques thérapeutiques pour la jambe sont remboursables, en tenant compte de la règle de non-cumul entre le pantalon de compression et le groupe de collants

D.7.2. Renouvellement anticipé

La demande de remplacement anticipé pour cause de changement anatomique est transmise au Collège des médecins-directeurs par le médecin-conseil de la mutualité à laquelle est affilié le bénéficiaire. La demande motivée comprend une justification médicale, rédigée par le médecin traitant et mentionnant l'évolution de l'état anatomique entre la date de la délivrance précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins. L'intervention ne peut être accordée qu'après autorisation donnée par le Collège des médecins-directeurs avant la délivrance.

D.8. Formulaires

D.8.1. Prescription médicale

Les produits prévus au D.1. ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :
- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage;
- six mois s'il s'agit dun renouvellement.

Dans la prescription, le médecin prescripteur décrit au minimum l'indication, la localisation, la classe de pression requise et le type de bas (AD, AG, ...). Pour la rédaction de la prescription, le modèle fixé par le Comité de l'assurance Soins de santé sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs doit être utilisé.

D.8.2. Attestation de délivrance

L'attestation de délivrance est rédigée par le dispensateur de soins. Ce document est signé lors de la délivrance par le bénéficiaire ou son représentant légal. Pour la rédaction de l'attestation de délivrance, le modèle fixé par le Comité de l'assurance Soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs, doit être utilisé.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables suivant la date de remise de la prescription au dispensateur de soins ou, si elle est conditionnée par l'approbation du médecin-conseil, à partir de la date de cette approbation sauf en cas de force majeure démontrée.

D.9. Critères techniques

Les produits mentionnés au D.1. doivent être conformes aux critères minimums de fabrication qui sont mentionnés au L.

E. Matériel individuel pour l'administration à domicile de produits mucolysants en cas de mucoviscidose

E.1. Prestations

604450	Appareil à aérosol	O	328,68
604472	Vibromasseur	O	375,89
604494	Appareil ultrasonique complet avec accessoires	O	1590,46
604516	Statif roulant	O	224,42
604531	Support de tente et tente	O	196,35
604553	Respirateur pour ventilation à pression positive intermittente	O	1065,92

E.2. Définitions

Par produits préfabriqués (préfab), il faut entendre : tout produit fini standard qui est produit en série et auquel de petites adaptations éventuelles peuvent être apportées.

E.3. Indications

Les produits mentionnés au E.1. seront remboursés lorsqu'ils sont nécessaires au traitement de la mucoviscidose.

E.4. Procédure de demande

E.4.1. Prescripteurs

Les prestations visées au E.1. ne sont remboursées, que si elles ont été prescrites par un médecin, tant pour la première délivrance que pour le renouvellement.

E.4.2. Documents et procédure

Les produits prévus au E.1. ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :
- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage;
- six mois s'il s'agit dun renouvellement.

Sur la prescription médicale doit au moins être mentionnée la nature de l'affection.

La prescription pour une première délivrance précisera, pour le médecin-conseil, les éléments qui ont permis au médecin de poser le diagnostic de mucoviscidose.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables suivant la date de remise de la prescription au dispensateur de soins ou, si elle est conditionnée par l'approbation du médecin-conseil, à partir de la date de cette approbation sauf en cas de force majeure démontrée.

E.5. Dispositions générales

Les produits repris au E.1. doivent être appliqués au bénéficiaire lors de la délivrance.

Toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien du produit doivent être fournies au bénéficiaire.

Le dispensateur de soins doit exécuter lui-même la délivrance et disposer de l'installation et de l'outillage nécessaire à la confection sur mesure et à l'essayage. Il ne peut offrir en vente, ni fournir les produits repris au E.1. sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage.

Lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au dispensateur de soins, celui-ci peut se rendre à résidence.

E.6. Dispositions spécifiques

Les interventions pour les prestations 604450, 604494 et 604553 ne sont pas cumulables au cours d'une période de cinq ans.

Les prestations 604516 et 604531 ne sont accordées que comme accessoires à la prestation 604494.

E.7. Renouvellement

E.7.1. Délais de renouvellement

L'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour tout ou partie de l'appareillage nécessaire à l'administration à domicile de produits mucolysants en cas de mucoviscidose ne peut être renouvelée qu'après un délai de cinq ans à compter depuis la date de délivrance antérieure pour les prestations 604450, 604472, 604494, 604531 et 604553 et de dix ans pour la prestation 604516.

L'intervention couvre les frais de délivrance et une garantie au moins égale à un an. Les accessoires prévus à la prestation 604494 couvrent au moins une utilisation normale d'une année.

E.7.2. Renouvellement anticipé

La demande de remplacement anticipé pour cause de changement anatomique est transmise au Collège des médecins-directeurs par le médecin-conseil de la mutualité à laquelle est affilié le bénéficiaire. La demande motivée comprend une justification médicale, rédigée par le médecin traitant et mentionnant l'évolution de l'état anatomique entre la date de la délivrance précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins. L'intervention ne peut être accordée qu'après autorisation donnée par le Collège des médecins-directeurs avant la délivrance.

E.8. Réparation et entretien

Nihil.

E.9. Critères techniques

Les produits mentionnés au E.1. doivent être conformes aux critères minimums de fabrication qui sont mentionnés au L.

F. Matériel d'incontinence

Les pharmaciens et les pharmaciens hospitaliers qui ont obtenu un numéro INAMI pour la bandagisterie sont également reconnus compétents pour les prestations relatives au matériel d'incontinence.

F.1. Prestations

F.1.1. Matériel d'incontinence

640010	Etui pénien conique avec bandes adhésives ou système collant (système en deux parties) Dotation : 90 pièces/3 mois LISTE 90301	O	3,3044
640032	Etui pénien auto-adhésif (système en une partie) Dotation : 90 pièces/3 mois LISTE 90302	O	4,2150
640054	Etui pénien auto-adhésif, muni d'une collerette anti-reflux, muni ou non d'un embout amovible Dotation : 90 pièces/3 mois LISTE 90303	O	5,5074
640076	Poche urinaire de jour à vider, avec valve anti-reflux, y compris raccords, conduits et système de fixation complet nécessaire pour 3 mois, quels que soient les autres accessoires Dotation : 20 pièces/3 mois LISTE 90304	O	4,0387
640091	Poche urinaire de nuit à vider (min. 1,5 litre) avec valve anti-reflux, y compris raccords, conduits et système de fixation au lit, nécessaire pour 3 mois, quels que soient les autres accessoires Dotation : 20 pièces/3 mois LISTE 90305	O	1,8358
640172	Conteneur de nuit, y compris bouchon, 3 tubes avec connecteurs rotatifs, 3 adaptateurs universels et housse protectrice Dotation : 1 set/3 mois LISTE 90306	O	36,72
	La prestation 640172 n'est pas cumulable avec les prestations 640091, 640231 et 640916.		
640231	Set comprenant 5 poches urinaires de nuit à vider (min 1,5 litre) avec valve anti-reflux, y compris raccords, conduits et système de fixation au lit ainsi que 5 poches urinaires de jour à vider, avec valve anti-reflux, y compris raccords, conduits et système de fixation complet Dotation : 1 set/mois LISTE 90315	O	40,26

La prestation 640231 n'est pas cumulable avec les prestations 640076, 640091 et 640172.

F.1.2. Accessoire pour matériel d'incontinence.

640216	Intervention forfaitaire pour film protecteur pour une période de traitement de minimum 3 mois LISTE 90307	O	18,73

Urinal ambulatoire avec ceinture, anneaux et porte-pénis et poches à vider

640113	Ceinture avec anneaux et porte-pénis Dotation : 1 pièce/6 mois LISTE 90308	O	51,40
640135	Poche doublée avec écoulement et système anti-reflux Dotation : 35 pièces/3 mois LISTE 90309	O	5,6542
640150	Porte-penis Dotation : 25 pièces/3 mois LISTE 90310	O	6,4179

F.1.3. Urinal ambulatoire avec système de fixation du préservatif, système de fixation adapté, étui pénien et poche de jambe en cas de rétraction du pénis :

641535	Système de fixation du préservatif en silicone Dotation : 1 pièce/6 mois LISTE 90311	O	57,28
641550	Système de fixation pour urinal ambulatoire Dotation : 1) 3 pièces/3 mois lors de la première délivrance 2) 1 pièce/3 mois à partir de la deuxième délivrance LISTE 90312	O	21,3539
641572	Etui pénien Dotation : 6 pièces/3 mois LISTE 90313	O	28,7411
641594	Poche de jambe Dotation : 20 pièces/3 mois LISTE 90314	O	7,3432

Les prestations 641535, 641550, 641572 et 641594 sont cumulables uniquement entre elles.

F.1.4. Intervention forfaitaire pour les bénéficiaires hospitalisés et appareillés de matériel pour incontinence :

641524	Forfait journalier en cas d'incontinence pour les produits visés par les prestations 640010, 640032, 640054, 640113 ou 640150	O	3,08

F.2. Définitions

Par produits préfabriqués (préfab), il faut entendre : tout produit fini standard qui est produit en série et auquel de petites adaptations éventuelles peuvent être apportées.

F.3. Indications

Les prestations figurant sous « Matériel d'incontinence » ne sont remboursables qu'en cas d'incontinence urinaire en cas de perte urinaire par voie naturelle ou lors de l'utilisation d'une sonde à demeure introduite par voie naturelle.

F.4. Procédure de demande

F.4.1. Prescripteurs

Les prestations visées au F.1. ne sont remboursées, que si elles ont été prescrites par un médecin pour la première délivrance.

En cas de renouvellement du matériel d'incontinence, aucune prescription médicale n'est exigée.

F.4.2. Documents et procédure

Les produits prévus au F.1. ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :
- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage;
- six mois s'il s'agit dun renouvellement.

Sur la prescription médicale doit au moins être mentionnée la nature de l'affection.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables suivant la date de remise de la prescription au dispensateur de soins ou, si elle est conditionnée par l'approbation du médecin-conseil, à partir de la date de cette approbation sauf en cas de force majeure démontrée.

F.5. Dispositions générales

Toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien du produit doivent être fournies au bénéficiaire.

Le dispensateur de soins doit exécuter lui-même la délivrance et disposer de l'installation et de l'outillage nécessaire à la confection sur mesure et à l'essayage. Il ne peut offrir en vente, ni fournir les produits repris au F.1. sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage.

Lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au dispensateur de soins, celui-ci peut se rendre à résidence.

F.6. Dispositions spécifiques

F.6.1. Pour les bénéficiaires à appareiller qui sont hospitalisés ou pour les bénéficiaires appareillés qui font l'objet d'une nouvelle admission et à qui, lors de l'hospitalisation, l'établissement hospitalier fournit du matériel d'incontinence, l'établissement hospitalier peut, pour chaque jour où ce matériel est fourni, leur porter en compte une intervention forfaitaire à l'exception toutefois du matériel prévu dans les prestations 640076, 640091, et 640135.

La période de dotation pour les prestations effectuées en ambulatoire n'est pas modifiée suite à l'hospitalisation.

F.6.2. Afin d'entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance, les dispositifs d'incontinence doivent figurer sur la liste des produits admis au remboursement.

Cette liste est établie par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques – organismes assureurs, conformément à la procédure prévue au K.2.

F.7. Renouvellement

F.7.1. Délais de renouvellement

Le renouvellement de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour les prestations relatives au matériel pour incontinence ne peut se faire que dans les délais prévus à compter depuis le jour de la délivrance.

Le remboursement pour un type de ceinture, de poche ou de réservoir différent de celui qui a été délivré antérieurement ne peut être accordé qu'à l'expiration du délai de renouvellement prévu pour la dernière intervention.

F.7.2.Renouvellement anticipé

La demande de remplacement anticipé pour cause de changement anatomique est transmise au Collège des médecins-directeurs par le médecin-conseil de la mutualité à laquelle est affilié le bénéficiaire. La demande motivée comprend une justification médicale, rédigée par le médecin traitant et mentionnant l'évolution de l'état anatomique entre la date de la délivrance précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins. L'intervention ne peut être accordée qu'après autorisation donnée par le Collège des médecins-directeurs avant la délivrance.

F.8. Réparation et entretien

Nihil.

F.9. Critères techniques

Les produits mentionnés au F.1. doivent être conformes aux critères minimums de fabrication qui sont mentionnés au L.

G. Matériel de stomie

Les pharmaciens et les pharmaciens hospitaliers qui ont obtenu un numéro INAMI pour la bandagisterie sont également reconnus compétents pour les prestations relatives au matériel de stomie.

G.1. Prestations

G.1.1. Interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie

655336	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	892,41
655351	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire	O	726,92
655373	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	780,24
655432	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	614,75
655454	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	866,99
655476	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	701,50

G.1.2. Interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves

655491	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	1104,93

655550	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	939,43
655572	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	992,76
655594	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	827,27
655631	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, pour la période des 3 premiers mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	1079,50
655653	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	914,01

G.1.3. Interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle

655675	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie, en cas de situation exceptionnelle, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	1016,89
655896	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, en cas de situation exceptionnelle, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	904,73
655911	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, en cas de situation exceptionnelle, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	991,47

G.1.4. Interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle et d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves

655933	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une colostomie en cas de situation exceptionnelle et d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	1229,41
655955	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une iléostomie ou fistule ou autre stomie du système digestif, en cas de situation exceptionnelle et d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	1117,25
655970	Intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour une urostomie, cystostomie ou fistule ou autre stomie des voies urinaires, en cas de situation exceptionnelle et d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, par trimestre, à partir du 4ème mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	O	1203,99

G.1.5. Interventions spécifiques maximales de l'assurance pour l'irrigation

656073	Intervention spécifique maximale de l'assurance pour un set d'irrigation manuelle pour stomie, par 6 mois.	O	161,45
656095	Intervention spécifique maximale de l'assurance pour une pompe d'irrigation pour stomie, par période de 36 mois	O	390,74

G.1.6. Interventions forfaitaires de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour un bénéficiaire qui séjourne à l'hôpital

656165	Intervention forfaitaire de l'assurance en cas de colostomie ou d'iléostomie ou de fistule ou de toute autre stomie du système digestif, par journée d'hospitalisation pouvant être portée en compte.	O	4,77
656180	Intervention forfaitaire de l'assurance en cas d'urostomie, de cystostomie, de fistule ou de toute autre stomie des voies urinaires, par journée d'hospitalisation pouvant être portée en compte.	O	4,77

G.2. Définitions

G.2.1. Stomie, fistule et dispositifs de stomie

Seuls les bénéficiaires qui présentent une stomie ou une fistule du système digestif ou des voies urinaires entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance pour des dispositifs de stomie.

Une stomie est une dérivation artificielle chirurgicale du gros intestin (colostomie), de l'intestin grêle (iléostomie) ou des voies urinaires (urostomie ou cystostomie) ou de toute autre localisation (autre stomie), à la peau.

Par « autre stomie » on entend :

- Stomie digestive: œsophagostomie, appendicostomie, malone, gastrostomie, jéjunostomie, stomie grêle court, caecostomie
- Stomie urinaire: néphrostomie, cathétérisme sus-pubien

Une stomie des voies digestives peut être temporaire ou définitive. Une stomie temporaire vise à offrir à une partie de l'intestin l'occasion de guérir ou de se reposer. Après un certain temps, la stomie peut être refermée et la continuité intestinale restaurée.

Une fistule est une jonction, apparue spontanément, entre le système digestif ou les voies urinaires et la peau. Une fistule est en général temporaire mais peut devenir également définitive.

Les dispositifs de stomie visent la collecte adéquate des excrétions de la stomie ou de la fistule au moyen de systèmes collecteurs, ceux-ci étant des systèmes se présentant soit en une partie soit en deux parties.

Outre les systèmes collecteurs, les dispositifs de stomie comprennent également des systèmes de continence (comme des sets d'irrigation et des tampons obturateurs) qui peuvent restaurer une forme de continence, ainsi que des systèmes de soins visant à soigner les complications inhérentes à l'utilisation du matériel de stomie (comme les problèmes cutanés liés à une irritation causée par le matériel ou une fuite des excrétions).

G.2.2. Prix public

Le prix public (T.V.A.c.) des dispositifs de stomie est le prix maximum qui peut être porté en compte par le dispensateur de soins au bénéficiaire dans le cadre de l'intervention de l'assurance prévue au G.1.. Le prix public est déterminé individuellement par produit et est, pour chaque produit, mentionné sur la liste des produits admis au remboursement.

G.3. Conditions de remboursement

G.3.1 Généralités

Le bénéficiaire a droit à une intervention maximale de l'assurance par période, par stomie ou fistule telle que déterminée au G.1. et selon les modalités du G.3.2. Avec l'intervention maximale de l'assurance, le bénéficiaire peut se procurer les dispositifs de stomie qui lui sont nécessaires.

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

Chaque intervention de l'assurance couvre les délivrances effectuées pendant la période reprise dans son libellé.

A l'exception des interventions forfaitaires pour un bénéficiaire hospitalisé (prestations 656165 et 656180), la période de validité des interventions est définie sur base de la date de la première délivrance ambulatoire. Pour les interventions maximales de l'assurance, le premier trimestre débute le premier jour du mois au cours duquel la première délivrance a lieu.

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

A l'exception de l'intervention pour une pompe d'irrigation (prestation 656095), toutes les interventions de l'assurance sont octroyées, par bénéficiaire, par période, par stomie ou fistule du système digestif ou des voies urinaires nécessitant un appareillage distinct. L'intervention pour une pompe d'irrigation (prestation 656095) n'est octroyée qu'une fois par bénéficiaire par période.

En cas d'utilisation de matériel d'irrigation, le bénéficiaire a également droit à une des interventions spécifiques maximales de l'assurance pour l'irrigation, selon les modalités du G.3.3.

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

G.3.2. Interventions maximales de l'assurance

G.3.2.1. Généralités

Les interventions maximales de l'assurance ne sont pas cumulables entre elles pour une seule et même stomie ou fistule (interventions 655336, 655351, 655373, 655432, 655454, 655476, 655491, 655550, 655572, 655594, 655631, 655653, 655675, 655896, 655911, 655933, 655955 et 655970).

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

G.3.2.2 Utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves

Les interventions maximales de l'assurance 655491, 655550, 655572, 655594, 655631, 655653, 655933, 655955 et 655970 sont prévues pour les bénéficiaires qui ont besoin de systèmes cutanés convexes/concaves. Ces interventions nécessitent une prescription médicale sur laquelle le médecin-prescripteur indique la nécessité de ce type de matériel (cf. G.5.3.).

Les systèmes collecteurs convexes sont constitués d'une plaque cutanée incorporant une coquille convexe suffisamment solide pour maintenir la convexité sur la peau.

Les systèmes cutanés convexes sont indiqués pour les stomies à fleur de peau ou pour les stomies rétractées ou pour les stomies situées dans les replis de la peau. La plaque convexe permet de maintenir la stomie au-dessus de la peau en compressant la peau pour un meilleur ajustement et pour réduire les risques de fuites.

Les systèmes collecteurs concaves sont constitués d'une plaque cutanée à courbure concave et sont indiqués pour les protubérances de la peau autour de la stomie dues à une hernie ou une éventration ou à l'obésité. Les systèmes cutanés concaves permettent un meilleur ajustement et réduisent les risques de fuites.

G.3.2.3 Utilisation de dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle

Les interventions maximales de l'assurance 655675, 655896, 655911, 655933, 655955 et 655970 sont prévues pour les bénéficiaires présentant l'une des situations suivantes :

a) des problèmes exceptionnels sur le plan clinique et/ou relatifs aux caractéristiques de la stomie ou de la fistule comme le type, la forme et la localisation;

b) une augmentation anormale des excrétions suite à une modification de consistance, fréquence ou de volume de celles-ci;

c) des problèmes exceptionnels au niveau des caractéristiques physiques ou des caractéristiques cutanées de la stomie ou de la fistule, comme la sensibilité, la prédisposition allergique et l'humidité de la peau.

Ces interventions nécessitent une prescription médicale motivée du médecin-prescripteur et ne peuvent être octroyées qu'à partir du 4ème mois à compter de la date de la première délivrance ambulatoire (cf. G.5.4.).

G.3.3 Irrigation manuelle ou mécanique

L'intervention spécifique maximale de l'assurance pour un set d'irrigation manuelle pour stomie (prestation 656073) peut uniquement être octroyée pour le set d'irrigation manuelle délivré, repris sur la liste des produits admis au remboursement (liste 906020). Cette intervention de l'assurance est octroyée maximum une fois par période de 6 mois.

L'intervention spécifique maximale de l'assurance pour une pompe d'irrigation pour stomie (prestation 656095) peut uniquement être octroyée lorsque la pompe d'irrigation pour colostomie délivrée est reprise sur la liste des produits admis au remboursement (liste 906022). Cette intervention de l'assurance est octroyée pour une période de 36 mois et uniquement lorsque le bénéficiaire s'est d'abord irrigué manuellement pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois débute à la date de la première délivrance du set d'irrigation manuelle.

L'intervention de l'assurance pour une pompe d'irrigation (prestation 656095) n'est pas cumulable avec l'intervention spécifique maximale de l'assurance pour un set d'irrigation manuelle (prestation 656073).

La pompe d'irrigation doit répondre aux caractéristiques suivantes :

a) le réservoir est gradué et son volume est suffisant pour réaliser l'irrigation en 1 fois;

b) un indicateur permet de contrôler la température de l'eau;

c) la pression et le débit de l'eau sont réglables.

G.3.4. Interventions forfaitaires de l'assurance pour un bénéficiaire qui séjourne à l'hôpital

Pour un bénéficiaire qui est admis dans un hôpital et pour lequel des dispositifs de stomie sont délivrés par l'hôpital pendant l'hospitalisation, l'hôpital peut porter en compte une intervention forfaitaire de l'assurance telle que fixée au G.1.6. pour chaque journée d'hospitalisation pouvant être portée en compte.

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

G.4. Dispositions spécifiques pour le dispensateur de soins

Seul le matériel de stomie délivré personnellement par le dispensateur de soins au bénéficiaire entre en ligne de compte pour une intervention de l'assurance.

Le dispensateur de soins conseille le bénéficiaire sur le choix, le placement et le remplacement des dispositifs de stomie.

Le dispensateur de soins conseille le bénéficiaire dans le choix :

a) du système, qui peut être en une ou deux parties. Le dispensateur de soins tient compte notamment du volume du système collecteur, de la présence éventuelle d'un filtre, des caractéristiques du matériau dans lequel est fabriqué le système collecteur et de la forme et du mode d'écoulement.

b) de la plaque cutanée et des dispositifs de stomie. Le dispensateur de soins tient compte notamment de l'ouverture de la stomie, du matériau dont est constituée la plaque cutanée, de l'épaisseur de la plaque cutanée, du système de fixation et de la forme de la plaque cutanée.

Toutes les indications relatives à l'utilisation des dispositifs et aux soins de la stomie ou de la fistule doivent être dispensées au bénéficiaire. A cette occasion, le dispensateur de soins informe le bénéficiaire en particulier des complications pouvant survenir lors de l'utilisation des dispositifs de stomie.

L'avis du dispensateur de soins est inclus dans les interventions de l'assurance pour des dispositifs de stomie.

Lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au dispensateur de soins, celui-ci peut se rendre à résidence.

G.5. Procédure et documents

G.5.1. Prescription médicale

La prescription médicale est rédigée par un médecin et doit contenir tous les éléments nécessaires à l'octroi de dispositifs de stomie.

Une prescription médicale est exigée, par stomie ou fistule, pour l'octroi:

a) d'une première intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie (prestations visées sous G.1.1., G.1.2., G.1.3. et G.1.4.),

b) d'une première intervention spécifique maximale pour un set d'irrigation,

c) d'une première intervention spécifique maximale pour une pompe d'irrigation,

d) d'une intervention forfaitaire de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour un bénéficiaire qui séjourne à l'hôpital.

Une prescription médicale est également nécessaire pour le renouvellement, après échéance du délai de validité de la prescription précédente, d'une intervention maximale de l'assurance pour des dispositifs de stomie en cas d'utilisation de systèmes convexes/concaves et/ou en cas de situation exceptionnelle (G.1.2., G.1.3. et G.1.4.).

A chaque nouvelle intervention chirurgicale de la même stomie ou de la même fistule, la procédure de prescription médicale, telle que décrite ci-dessus, doit être à nouveau suivie.

Pour la rédaction de la prescription médicale, le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques- organismes assureurs, doit être utilisé, à l'exception des interventions forfaitaires de l'assurance pour les dispositifs de stomie pour un bénéficiaire qui séjourne à l'hôpital.

La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :

- deux mois s'il s'agit d'une première prescription;
- six mois s'il s'agit d'un renouvellement d'une prescription pour des systèmes cutanés convexes/concaves ou pour le renouvellement dans le cadre d'une situation exceptionnelle.

G.5.2. Notification

Avant la première intervention de l'assurance, une notification composée de la prescription médicale ainsi que de l'attestation de délivrance doit être adressée au médecin-conseil par le dispensateur de soins avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel la première délivrance a été effectuée.

Le médecin-conseil répond à la notification dans un délai maximal de 40 jours à partir de sa réception.

Si le délai de notification est dépassé (notification tardive), les délivrances antérieures à la date de notification ne sont pas remboursées et ne peuvent pas être facturées au bénéficiaire. Néanmoins, la prescription médicale reste valable.

Pour chaque situation où une nouvelle prescription médicale est requise, une notification doit être adressée au médecin-conseil par le dispensateur de soins.

Le médecin-conseil répond à la notification dans un délai maximal de 40 jours à partir de sa réception.

G.5.3. Interventions maximales de l'assurance pour l'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves

Pour l'intervention maximale de l'assurance pour l'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves, une prescription médicale est requise (cf. G.3.2.2.).

Le médecin-prescripteur motive la nécessité et détermine la période pour laquelle l'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves est nécessaire Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder 1 an pour une première demande ou 3 ans en cas de renouvellement. La date de fin de validité de la prescription sera, le cas échéant, prolongée jusqu'au dernier jour du trimestre en cours.

A chaque nouvelle prescription médicale pour cette intervention, une notification au médecin-conseil est requise (cf. G.5.2.).

G.5.4. Interventions maximales de l'assurance pour l'utilisation de dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle

Pour l'intervention maximale de l'assurance pour l'utilisation de dispositifs de stomie en cas de situation exceptionnelle, une prescription médicale est requise (cf. G.3.2.3.).

Le médecin-prescripteur décrit la situation exceptionnelle et détermine la période pour laquelle l'utilisation de dispositifs de stomie est nécessaire. Cette période figure sur la prescription médicale et ne peut excéder 1 an pour une première demande ou 3 ans en cas de renouvellement. La date de fin de validité de la prescription sera, le cas échéant, prolongée jusqu'au dernier jour du trimestre en cours.

A chaque nouvelle prescription médicale pour cette intervention, une notification au médecin-conseil est requise (cf. G.5.2.).

G.5.5. Attestation de délivrance

L'attestation de délivrance est rédigée, par stomie ou fistule, en double exemplaire : un exemplaire pour l'organisme assureur et un pour le bénéficiaire.

Le bénéficiaire ou son représentant légal, et le dispensateur de soins signent l'original de l'attestation de délivrance, qui est transmis à l'organisme assureur.

Pour la rédaction de l'attestation de délivrance, le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques– organismes assureurs, doit être utilisé.

G.5.6. Carnet du patient

Le carnet du patient doit être fourni au bénéficiaire lors de la première délivrance par le dispensateur de soins qui le complète. Il sera complété au fur et à mesure, notamment en y annexant une copie de chaque attestation de délivrance ainsi qu'une copie de chaque prescription médicale.

Ce document permet d'une part, au bénéficiaire de pouvoir suivre l'utilisation des interventions de l'assurance qui lui sont octroyées et d'autre part, au dispensateur de soins d'avoir l'historique de la consommation du bénéficiaire. D'autres dispensateurs de soins peuvent également transmettre des informations dans le document.

Pour la rédaction du carnet du patient, le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques – organismes assureurs, doit être utilisé.

G.6. Liste des produits admis au remboursement

Afin d'entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance, les dispositifs de stomie doivent figurer sur la liste des produits admis au remboursement.

Cette liste est établie par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques– organismes assureurs, conformément à la procédure prévue au K.2.

G.6.1. Classification de la liste des produits admis au remboursement – dispositifs de stomie.

Dispositifs collecteurs

Collecteurs avec plaque cutanée péristomiale

Collecteur auto-adhésif fermé, pourvu d'une plaque cutanée péristomiale
LISTE 90601

Collecteur auto-adhésif à vider, pourvu d'une plaque cutanée péristomiale
LISTE 90602

Collecteur d'urine auto-adhésif à vider avec une plaque cutanée péristomiale, muni d'un système anti-reflux intégré
LISTE 90603

Collecteur auto-adhésif fermé, pourvu d'une plaque cutanée péristomiale convexe/concave
LISTE 90604

Collecteur auto-adhésif à vider, pourvu d'une plaque cutanée péristomiale convexe/concave
LISTE 90605

Collecteur d'urine auto-adhésif à vider avec une plaque cutanée péristomiale convexe/concave, muni d'un système anti-reflux intégré
LISTE 90606

Plaques cutanées

Plaque cutanée péristomiale avec système de fixation pour le collecteur
LISTE 90607

Plaque cutanée péristomiale convexe/concave avec système de fixation pour le collecteur
LISTE 90608

Collecteurs sans plaque cutanée péristomiale

Collecteur fermé avec système de fixation pour la plaque cutanée péristomiale
LISTE 90609

Collecteur à vider avec système de fixation pour la plaque cutanée péristomiale
LISTE 90610

Collecteur d'urine à vider avec système de fixation pour la plaque cutanée péristomiale et muni d'un système anti-reflux intégré
LISTE 90611

Collecteur d'urine de nuit à vider (min. 1500 cc), muni d'un système anti-reflux intégré y compris le set de raccords, de conduits et de système de fixation, nécessaire
LISTE 90612

Mini-collecteur d'urine à vider muni d'un système de fixation (par ex. anneau-clip), avec ou sans valve anti-reflux
LISTE 90613

Autres dispositifs collecteurs

Conteneur d'urine à vider, y compris bouchon, 3 tubes avec connecteurs rotatifs, 3 adaptateurs universels et housse protectrice
LISTE 90614

Poche de jambe à vider (min. 350 cc), muni d'un système anti-reflux intégré y compris le set de raccords, de conduits et de système de fixation, nécessaire
LISTE 90615

Dispositifs de continence

Bouchon de fermeture interne, muni d'une plaque cutanée péristomiale
LISTE 90616

Mini-poche adhésive fermée avec filtre
LISTE 90617

Mini-poche avec plaque cutanée et filtre intégré
LISTE 90618

Plaque adhésive obturatrice avec filtre
LISTE 90619

Dispositifs d'irrigation

Set d'irrigation manuelle (avec minimum 1 réservoir, 1 cône et 20 poches d'irrigation)
LISTE 90620

Poche d'irrigation à vider (y compris système de fixation)
LISTE 90621

Pompe d'irrigation avec chargeur pour batterie
LISTE 90622

Accessoires pour une pompe d'irrigation consistant en un tuyau anti-reflux, un cône et un lubrifiant
LISTE 90623

Dispositifs de soins

Ceinture de fixation réglable y compris la plaque de contention
LISTE 90624

Pâte protectrice
LISTE 90625

Poudre protectrice
LISTE 90626

Film protecteur
LISTE 90627

Anneau convexe/concave pour système collecteur en deux parties
LISTE 90628

H. Orthèses

Les technologues orthopédiques en technologie de la chaussure sont également reconnus compétents pour les prestations 646612-646623, 646973-646984, 646995-647006, 647010-647021, 647032-647043, 647054-647065, 647076-647080, 647091-647102, 647113-647124, 647135-647146, 647150-647161, 647172-647183, 647194-647205, 647216-647220, 647231-647242, 647253-647264, 647275 -647286, 647290-647301, 647312-647323, 648933-648944, 648955-648966, 648970-648981, 648992-649003, 649095-649106, 650436-650440, 650510-650521, 650532-650543, 650554-650565, 650576-650580, 650591-650602, 650635-650646, 650650-650661, 650672-650683, 650694-650705, 653391-653402, 653413-653424, 653435-653446, 653450-653461, 653612-653623, 653634-653645, 653656-653660, 653671-653682, 653693 -653704, 653715-653726, 653730-653741, 653752–653763 et 697093–697104.

H.1. Prestations

H.1.1. TETE - COU - TRONC :

Groupe principal I : Crâne :

Topographie :
(AI1) Concerne le crâne entier
(AI2) Concerne une partie du crâne

Sur mesure :

645013	645024	Casque crânien (AI1)	O	862,64

Préfab :

645035	645046	Casque crânien (AI1)	O	499,19

IMF :

645050	645061	Plaque crânienne en matière plastique (AI2)	O	130,62

Groupe principal II : Cou : (CO)

Topographie :
(AII1)
A l'avant : de la clavicule à la mandibule inférieure
A l'arrière : de C5 à la protubérance occipitale
Sur le côté : sous les oreilles jusqu'aux épaules

(AII2)
A l'avant : enserrant la mandibule partiellement jusqu'au manubrium du sternum
A l'arrière : à partir du tiers inférieur de l'os pariétal jusque D 3
Sur le côté : reposant jusque sur les épaules

(AII3)
A l'avant : enserrant partiellement la mandibule jusqu'au processus ensiformis
A l'arrière : à partir du tiers inférieur de l'os pariétal jusque D 10
Sur le côté : reposant jusque sur les épaules

Sur mesure :

645072	645083	Collier de type Schanz avec appui-menton en cuir moulé ou matière plastique moulée (AII1)	O	976,14

645094	645105	Collier minerve en matière plastique (AII2)	O	1.271,25	
645116	645120	Collier minerve en cuir (AII2)	O	1.589,07	
645131	645142	Minerve avec corselet thoracique en matière plastique (AII3)	O	1.816,07	
645153	645164	Minerve avec corselet thoracique en cuir (AII3)	O	2.043,08	
		Préfab :			
645190	645201	Collier rigide, réglable ou non en hauteur (AII1)	O	86,81	
645212	645223	Collier rigide avec appui-menton et/ou occiput, réglable en hauteur (AII1)	O	319,05	
645234	645245	Collier rigide avec appui-menton et/ou occiput, non réglable en hauteur (AII1)	O	173,63	
645256	645260	Collier réglable ou non avec appui thoracique, type minerve (AII2)	O	683,67	
645271	645282	Collier, type minerve avec appui thoracique (AII3)	O	455,78	
645293	645304	Halo Brace, [anneau Halo avec structure de liaison, veste, veste intérieure et tous les accessoires nécessaires]	O	4.445,30	
645315	645326	Système de traction cervicale, complet avec boucle de Glisson, joug, système de traction et de fixation, conteneur de poids et tous les accessoires nécessaires	O	139,94	
		Groupe principal III : Orthèse sacro-iliacale (O.S.I.) :			
		Topographie : Orthèse sacro-iliacale : O.S.I. (AIII1) enveloppant le pelvis et le sacrum			
		Sur mesure :			
645330	645341	Bandage sacro-iliacal (AIII1)	O	299,38	"
		"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025) + erratum M.B. 28.11.2025 "Groupe principal IV : Orthèse lombo-sacrée (O.L.S.) :			
		1) Lombostats en coutil et métal pour affection de la colonne lombo-sacrée :			
		Sur mesure : "			
		"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025			
" 645396	645400	Hauteur de 31 cm à 40 cm	O	451,61	
645411	645422	Hauteur de plus de 40 cm	O	517,90	
645433	645444	Dorso-lombaire avec épaulières	O	739,85	
		2) Orthèse lombo-sacrée (O.L.S.) :			
		Topographie :			

		Orthèse lombo-sacrée : O.L.S.		
		(AIV1) Du sacrum à minimum D 12		
		Sur mesure :		
645514	645525	En cuir et coutil et avec armature métallique complète, comprenant une cage métallique de hanche et appuis latéraux, d'après moulage	O	1.362,06
645536	645540	En matière plastique avec ou sans devant en tissu ou en tissu élastique résistant	O	1.362,06
645551	645562	Lombostat en cuir moulé armé	O	1.882,25
645573	645584	Lombostat en cuir moulé armé, avec devant en tissu ou en tissu élastique résistant	O	1.767,86
645595	645606	Double pièce abdominale à adapter à un corset orthopédique ou à un lombostat en cas de diastase du muscle abdominal droit (645536-645540, 645551-645562 et 645573-645584)	O	243,17
		Préfab:		
		O.L.S. : à base de matériau rigide, prenant au minimum la moitié de la circonférence, avec peau de devant en matériau rigide ou en tissu résistant ou en tissu-élastique résistant :		
645610	645621	O.L.S., d'immobilisation	O	627,46
645632	645643	O.L.S., d'élongation, de correction active	O	644,95
645654	645665	O.L.S., d'appui, de correction passive (type BOB)	O	611,20
		Groupe principal V : Orthèse thoraco-lombo-sacrée (O.T.L.S.) :		
		Topographie : (AV1) Du sacrum à minimum D 10		
		Sur mesure : Corset orthopédique :		
		a) d'immobilisation :		
645676	645680	En cuir moulé armé	O	2.043,08
645691	645702	En cuir moulé armé, avec devant en tissu ou en tissu élastique résistant	O	2.043,08
645713	645724	En cuir moulé armé, avec appui sternal	O	2.383,60
645735	645746	En matière plastique	O	1.687,56
645750	645761	En matière plastique avec devant en tissu ou en tissu-élastique	O	1.816,07
645772	645783	En matière plastique, avec appui sternal	O	2.142,97
645794	645805	A lignes de force, en matière plastique	O	1.725,27

645816	645820	A lignes de force, en métal avec devant en tissu, cuir ou matière plastique	O	2.043,08
		b) de correction :		
645831	645842	Corset prenant tout le tronc, sans les épaules en cuir moulé armé ou à lignes de force en cuir et métal	O	2.043,08
645853	645864	Corset prenant tout le tronc, sans les épaules, en matière plastique ou à lignes de force en matière plastique	O	1.929,58
645875	645886	Type cuirasse à épaulière, en cuir moulé armé	O	2.951,12
645890	645901	Type cuirasse à épaulière, en matière plastique	O	2.156,59
645912	645923	Correctif avec béquillon ou/et pelotes de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing etc..)	O	2.951,12
645934	645945	O.L.S. type Boston pour scoliose, cypholordose et maladie de Scheuermann	O	3.064,86
645956	645960	Appareil du genre Kalabis pour scoliose	O	1.015,39
		Préfab :		
		Corset orthopédique :		
		a) d'immobilisation : à base de matériau rigide, prenant au minimum la moitié de la circonférence, avec peau de devant en matériau rigide ou en tissu élastique ou en tissu élastique résistant :		
645971	645982	OTLS, d'immobilisation (type Taylor brace)	O	898,55
		b) de correction :		
645993	646004	OTLS, hyperextension	O	723,87
		Groupe principal VI : Orthèses cervico-thoraco-lombo-sacrées (O.C.T.L.S.) :		
		Topographie :		
		(AVI1) Du sacrum à minimum C4		
		Sur mesure :		
646015	646026	OCTLS, type Milwaukee pour scoliose, cypholordose et maladie de Scheuermann	O	3.927,26
646030	646041	En cuir moulé armé	O	3.927,26
646052	646063	En matière plastique	O	3.178,13
		Groupe principal VII : Orthèse thoracique (O.T.) :		
		Topographie :		
		(AVII1) Entre D1 et D12		
		Sur mesure :		
646074	646085	Ressort circulaire et pelotes de pression pour déformation du thorax	O	1.222,00
		Préfab :		
646096	646100	Redresseur d'épaule	O	134,56

		Groupe principal VIII : Coquille dorso-lombaire (C.D.L.) :		
		Topographie : (AVIII1) Du sacrum à hauteur minimum de D10 jusque D1		
		Sur mesure :		
646111	646122	Coquille dorso-lombaire, au-dessus de 12 ans	O	1.355,13
646133	646144	Coquille en dessous des omoplates, au-dessus de 12 ans	O	1.178,95
646155	646166	Coquille dorso-lombaire, de 2 à 12 ans	O	1.114,81
646170	646181	Coquille en dessous des omoplates, de 2 à 12 ans	O	969,87
646192	646203	Coquille dorso-lombaire, en dessous de 2 ans	O	947,09
646214	646225	Coquille en dessous des omoplates, en dessous de 2 ans	O	823,97
646236	646240	Supplément pour un ou deux segments-cuisse et/ou tête valable pour les numéros 646111-646122, 646155-646166, 646192-646203, 646133-646144, 646170-646181, 646214-646225	O	136,21
		Avec un supplément pour une coquille dorso-lombaire (646236 – 646240), un ou deux segments-cuisse et/ou segment-tête peuvent être combinés. Cela signifie qu'en cas de cumul jusqu'à 3 segments peuvent être facturés.		
		Groupe principal IX : Orthèse (O.T.) :		
		Topographie : (AX1) Longueur totale du corps, avec ou sans tête et/ou bras		
		Sur mesure :		
646332	646343	Orthèse totale de nuit (tête-tronc-jambe-bras), pour adultes	O	3.087,33
646354	646365	Orthèse totale de nuit, idem que 646332-646343 pour enfants de moins de 12 ans	O	2.678,71
655410	655421	Orthèse complète coquille de jour fabriquée individuellement, composée d'une coquille en matière plastique comprenant les deux membres inférieurs, le bassin et une partie du thorax et pourvue de repose-pied permettant la mise en position verticale	O	2.025,39
		Groupe principal X: Accessoires, réparation et entretien :		
		Sur mesure :		
646531	646542	Réparation et entretien d'un corset orthopédique ou d'un lombostat en cuir moulé, en matière plastique ou en cuir et coutil avec armature métallique complète, par année, par O 76,95	O	15,39

646553	646564	Réparation et entretien d'une orthèse du cou, par année, par O 76,95	O	15,39
653376	653380	Réparation et entretien d'appareils préfab tête-cou-tronc, par O 39,85, par an	O	5,18

H.1.2. MEMBRES INFERIEURS :

Groupe principal I : Appareils releveurs du pied :

Topographie :
A partir de la face inférieure du pied (dans ou sur la chaussure) jusqu'à la moitié proximale au moins de la longueur de la jambe. La longueur de la jambe est mesurée à partir de la malléole interne jusqu'à la fente du genou

Sur mesure :

646612	646623	Appareil rigide, ressort ou attelle en matière plastique interne ou externe à la chaussure à appliquer à une chaussure de série, tout appareil	O	567,52
646634	646645	Appareil articulé fixé ou non dans le talon de la chaussure ne comprenant qu'un montant, tout appareil	O	454,02
646656	646660	Segment-pied	O	227,01
646671	646682	Segment-semelle ou étrier amovible	O	227,01
646693	646704	Segment-jambe	O	227,01
646715	646726	Segment-jambe, avec gaine en cuir moulé	O	499,42
646730	646741	Segment-jambe, montant type Kleenzach	O	499,42
646752	646763	Articulation de la cheville	O	227,01
646774	646785	Appareil articulé fixé ou non dans le talon de la chaussure comprenant deux montants, tout appareil	O	703,73
646796	646800	Segment-pied	O	272,41
646811	646822	Segment-semelle ou étrier plat amovible	O	272,41
646833	646844	Segment-jambe	O	272,41
646855	646866	Segment-jambe, avec gaine en cuir moulé	O	544,82
646870	646881	Segment-jambe, montant type Kleenzach	O	544,82
646892	646903	Articulation de la cheville	O	363,21

Préfab :

653391	653402	Appareil releveur du pied, système complet, en métal ou avec attelle en matériau composite, par an	O	249,60
653413	653424	Appareil releveur du pied, système complet, en plastique, par an	O	149,76

		Groupe principal II : Cheville et jambe :		
		a) Cheville		
		Préfab :		
646973	646984	Chevillère, souple, avec accessoires et renforcement	O	111,57
646995	647006	Chevillère, dure, avec ou sans charnières	O	214,27
		b) Cheville et jambe :		
		Sur mesure :		
647010	647021	Guêtre pour séquelles de fractures ou de pseudo-arthroses, tout appareil	O	726,43
647032	647043	Segment-jambe, en cuir armé	O	454,02
647054	647065	Segment-jambe, en matière plastique	O	317,81
647076	647080	Supplément pour étrier réglable à prise (complète) du pied	O	227,01
647091	647102	Supplément pour prise du talon	O	90,80
647113	647124	Supplément pour fixation extérieure sur chaussure par boîtier ou étrier	O	227,01
		Les prestations 647076-647080, 647091-647102 et 647113-647124 ne sont pas cumulables entre elles.		
647135	647146	Bottillon remontant jusqu'à mi-mollet avec renfort en métal ou plastique, latéral ou postérieur	O	454,02
647150	647161	Segment-pied	O	227,01
647172	647183	Segment-semelle	O	227,01
647194	647205	Segment-jambe	O	227,01
647216	647220	Botte remontant jusqu'aux plateaux tibiaux avec renfort en métal ou plastique, latéral ou postérieur	O	726,43
647231	647242	Segment-pied	O	272,41
647253	647264	Segment-semelle	O	299,34
647275	647286	Segment-jambe, avec deux montants remontant jusqu'à mi-mollet	O	227,01
647290	647301	Segment-jambe, avec deux montants remontant jusqu'aux plateaux tibiaux	O	544,82
647312	647323	Etrier réglable	O	363,21

		Préfab :		
697071	697082	Traitement avec une orthèse d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille. L'orthèse consiste en un segment-pied, un segment-jambe et une semelle de marche	O	566,39
		Sur mesure :		
697093	697104	Traitement d'un pied diabétique atteint de neuropathie compliquée par un malum perforans plantare ou avec des antécédents de malum perforans plantare, au moyen d'une orthèse consistant en un segment-pied, un segment-jambe, une semelle de marche et une assise plantaire faite sur mesure	O	1.248,01
		Par malum perforans plantare, on entend une nécrose (par compression) de nature sèche ou suintante.		
		Les adaptations intermédiaires de l'assise plantaire peuvent être portées en compte sous le numéro de prestation 653435-653446.		
		Groupe principal III : genou :		
		Topographie : (BIII1) Distal : mi-jambe Proximal : mi-cuisse. La cuisse est mesurée à la face interne de la jambe, de la fente du genou jusqu'au rameau de l'os pubien.		
		Sur mesure :		
647356	647360	Appareil cruro-jambier, tout appareil	O	1.089,64
647371	647382	Segment-jambe, en cuir armé (BIII1)	O	544,82
647393	647404	Segment-jambe, en matière plastique ou à cercle (BIII1)	O	272,41
647415	647426	Segment-cuisse, en cuir armé (BIII1)	O	544,82
647430	647441	Segment-cuisse, en matière plastique ou à cercle (BIII1)	O	272,41
647452	647463	Supplément pour étrier	O	363,21
647474	647485	Supplément pour prise du talon	O	90,80
647496	647500	Supplément pour articulation du genou	O	454,02
647511	647522	Supplément pour verrou et/ou secteur	O	544,82
		Préfab :		
647533	647544	Genouillère en tissu ou tissu élastique ou en néoprène avec renfort métallique, articulé au genou, modèle préfabriqué à adaptation individuelle	O	163,60

647555	647566	Genouillère, en tissu souple, en néoprène ou non, renforcée de baleines	O	69,78
647570	647581	Appareil de genou robuste, sans charnière(s) (BIII1)	O	316,61
647592	647603	Appareil de genou robuste, avec structure fixe prenant toute la circonférence de la cuisse et du mollet, à charnières, réglable ou non (BIII1)	O	898,80
647614	647625	Appareil de genou avec segment-cuisse et mollet, à charnière réglable (BIII1)	O	391,68
654570	654581	Appareil de genou préfabriqué avec une structure de cadre en métal prenant le segment-cuisse et mollet et composé de deux tiges latérales, d'un élément postérieur transversal métallique au niveau du creux poplité (réglable en largeur) et d'une articulation fémoro-tibiale polycentrique bilatérale. Fonction : limitation de l'hyperextension (B III 1)	O	458,91
655690	655701	Genouillère en tricot tridimensionnel, ayant une structure fixe et pourvue d'un axe individuel réglable et d'un système de flexion et d'extension réglable du genou ainsi que d'un anneau de patella (BIII1)	O	643,07
		Groupe principal IV : Hanche-cuisse-pied :		
		Topographie : (BIV1) de la face inférieure du pied (dans ou sur la chaussure) aux 2/3 de la cuisse. La cuisse est mesurée sur la face interne de la jambe, de la fente du genou jusqu'au rameau de l'os pubien.		
		Sur mesure :		
647636	647640	Tout appareil	O	1.362,06
647651	647662	Segment-pied	O	272,41
647673	647684	Segment-semelle, étrier plat amovible ou à amortisseur télescopique	O	272,41
647695	647706	Segment-jambe, en cuir armé	O	544,82
647710	647721	Segment-jambe, en matière plastique	O	476,72
647732	647743	Segment-jambe, à cercle	O	340,51
647754	647765	Segment-cuisse, en cuir armé	O	544,82
647776	647780	Segment-cuisse, en matière plastique	O	476,72
647791	647802	Segment-cuisse, à cercle	O	340,51
647813	647824	Supplément pour articulation de la cheville	O	317,81
647835	647846	Supplément pour articulation du genou	O	454,02
647850	647861	Supplément pour verrou	O	544,82
647872	647883	Supplément pour secteur, tendeur ou quadriceps artificiel	O	544,82

647894	647905	Supplément pour appui ischiatique (uniquement pour adulte)	O	181,61
647916	647920	Supplément pour ceinture de taille simple, large de 5 cm	O	90,80

Les prestations 647813-647824, 647835-647846 et 647850-647861 ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par articulation pour chaque membre, même lorsque l'appareil de marche est constitué de deux tiges par jambe.

Groupe principal V : Appareil de décharge de la hanche :

Topographie :
(BV1) de la face inférieure du pied (dans ou sur la chaussure) jusqu'à la tubérosité ischiatique.

Sur mesure :

647931	647942	Tout appareil (BV1)	O	1.089,64
647953	647964	Segment-pied	O	363,21
647975	647986	Segment-jambe	O	363,21
647990	648001	Segment-cuisse	O	363,21
648012	648023	Supplément pour articulation du genou	O	454,02
648034	648045	Supplément pour verrou	O	544,82
648056	648060	Supplément pour système mécanique de réglage de l'abduction de la cuisse, non cumulable avec les prestations 648012-648023 et 648034-648045	O	272,41
648071	648082	Supplément pour système mécanique de réglage de la rotation et de la stabilisation du pied, non cumulable avec les prestations 648012-648023 et 648034-648045	O	272,41

Groupe principal VI : Segments à ajouter aux Groupes principaux III, IV et V :

Sur mesure :

648093	648104	Segment-bassin, en cuir ou à lignes de force	O	544,82
648115	648126	Segment-bassin, en matière plastique	O	544,82
648130	648141	Segment pelvien, bande métallique simple	O	227,01
648152	648163	Segment-thorax, en cuir ou à lignes de force	O	544,82
648174	648185	Segment-thorax, en matière plastique	O	544,82
648196	648200	Supplément pour articulation de la hanche	O	227,01
648211	648222	Supplément pour secteur	O	272,41
648233	648244	Supplément pour verrou de hanche	O	227,01
648255	648266	Supplément pour fessier artificiel	O	272,41

648270	648281	Pelote pneumatique, maximum 3	O	156,56
648292	648303	Supplément pour siège-baquet	O	476,72
648314	648325	Supplément pour système rendant le ou les appareils amovibles du segment-bassin	O	227,01
		Groupe principal VII : Appareil de hanche :		
		Topographie : (BVII1)Distal : enveloppant les deux tiers de la cuisse Proximal : enveloppant le bassin		
		Sur mesure :		
648336	648340	Tout appareil (BVII1)	O	1.362,06
648351	648362	Segment pelvien	O	227,01
648373	648384	Segment-jambe en cuir	O	544,82
648395	648406	Segment-jambe à cercle	O	340,51
648410	648421	Segment-jambe en matière plastique	O	476,72
648432	648443	Segment-cuisse en cuir	O	544,82
648454	648465	Segment-cuisse à cercle	O	340,51
648476	648480	Segment-cuisse en matière plastique	O	476,72
648491	648502	Segment-bassin, en cuir, à cercle, ou plastique	O	544,82
648513	648524	Segment-thorax	O	544,82
648535	648546	Supplément pour articulation de la hanche	O	385,92
648550	648561	Supplément par verrou	O	544,82
		Préfab :		
648572	648583	Orthèse de la hanche composée d'une ceinture pelvienne, d'un cuissard et d'une charnière de hanche réglable (BVII1)	O	1.033,11
		Groupe principal VIII : Segment-cuisse :		
		Topographie : (BVIII1) Enveloppant la moitié de la cuisse située entre le grand trochanter et la fente du genou.		
		Sur mesure :		
648594	648605	Cuissard	O	577,22
648616	648620	Cuissard avec charnière, à fixer sur un corset sur mesure ou préfab	O	930,82

Groupe principal IX : Appareils pour une perte fonctionnelle complète ou très grave des deux membres inférieurs. :

LISTE DES ABREVIATIONS		
Abréviation	**Texte explicatif**	
	Anglais	Français
FO	Foot Orthosis	Orthèse du pied
AFO	Ankle-Foot Orthosis	Orthèse de la cheville et du pied
KO	Knee Orthosis	Orthèse du genou
KAFO	Knee-Ankle-Foot Orthosis	Orthèse du genou, de la cheville et du pied
HO	Hip Orthosis	Orthèse de la hanche
HKAFO	Hip-Knee-Ankle-Foot Orthosis	Orthèse de la hanche, du genou, de la cheville et du pied
THKAFO	Thorax-Hip-Knee-Ankle-Foot Orthosis	Orthèse du thorax, de la hanche, du genou, de la cheville et du pied
RGO	Reciprocating Gait Orthosis	
IRGO	Isocentric Reciprocating Gait Orthosis	
ARGO	Advanced Reciprocating Gait Orthosis	
HGO	Hip Guidance Orthosis	

Appareil bilatéral pour affections du système nerveux central :

Topographie :
(B IX 1) Enveloppant les deux membres inférieurs jusqu'au bassin ou au thorax

1. Parapodium :
Le parapodium est une orthèse à structure fixe, enveloppant les deux jambes. Les tiges montantes sont articulées au niveau des genoux et des hanches. L'ensemble est monté sur une plaque repose-pied, sur laquelle, selon les besoins, un système de mouvement mécanique autonome peut être fixé.

Le système «clic-clac» est un système qui est activé par des mouvements latéraux, suscité à partir du bassin et du tronc. Ce mouvement latéral provoque une inclinaison actionnant le mécanisme au niveau de la plaque repose-pied. Une fois le mécanisme actionné, il suffit de poursuivre ces mouvements latéraux alternatifs pour aller en avant, sans l'aide de tiers.

a. Appareil de base :

Sur mesure high tech

656014	656025	Appareil type parapodium dont la distance entre les deux trochanters est inférieure ou égale à 30 cm	O	2.457,14
656036	656040	Appareil type parapodium dont la distance entre les deux trochanters est supérieure à 30 cm	O	2.881,65
656051	656062	Système clic-clac	O	736,87

b. Accessoires : segments confectionnés individuellement :

		Sur mesure		
656110	656121	Segment-bassin	O	227,01
656132	656143	Segment-thorax	O	340,51

2. Paragenouflex :

Le paragenouflex est une orthèse à structure fixe, enveloppant les deux jambes. Les tiges montantes sont articulées au niveau des genoux et des hanches. Les articulations peuvent être bloquées en plusieurs positions. L'ensemble est monté sur une plaque repose-pied.

a. Appareil de base :

		Sur mesure high tech		
656213	656224	Appareil type paragenouflex	O	3.484,23

b. Accessoires : segments confectionnés individuellement :

		Sur mesure		
656316	656320	Segment-bassin	O	227,01
656331	656342	Segment-bassin plus thorax	O	340,51 "

"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025) + erratum M.B. 28.11.2025
"3. Standing brace :

"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025)
"Le standing brace est une orthèse à structure fixe, enveloppant les deux jambes. Les tiges montantes ne sont pas articulées. L'ensemble est monté sur une plaque repose-pied.

		Sur mesure high tech		
656412	656423	Appareil type standing brace dont la distance entre les deux trochanters est inférieure ou égale à 30 cm	O	1.769,98
656434	656445	Appareil type standing brace dont la distance entre les deux trochanters est supérieure à 30 cm	O	2.082,12

4. Stabilisation pour position couchée avant et arrière :
Le stabilisateur avant et arrière est une orthèse composée d'un cadre métallique et munie d'au moins 2 roues pivotantes avec frein. La poutre de soutien du corps peut basculer entre 45° et 90° au moyen d'un moteur à cylindre ou d'un vérin pneumatique. Des pelotes, réglables en hauteur et en largeur, sont fixées à la poutre de soutien du corps. L'orthèse est munie d'une tablette réglable avec découpe thoracique.

a. Appareil de base :

		Sur mesure high tech		
656515	656526	Statif de base avec amortisseur à gaz	O	2.233,67

		b. Accessoires :		
		b. 1.		
		Prefab		
656611	656622	Set de segments préfab	O	723,51
		La prestation 656611-656622 est cumulable avec la prestation 656515-656526. "		
		"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025) + erratum M.B. 28.11.2025 "b. 2. Segments confectionnés individuellement pour personnes à anatomie anormale où les segments préfab (prestation 656611-656622) ne peuvent pas être appliqués."		
		"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025) "Sur mesure		
656714	656725	Segment-jambe	O	340,51
656736	656740	Segment-cuisse	O	340,51
656751	656762	Segment-bassin	O	227,01
656773	656784	Segment-bassin plus thorax	O	340,51
656795	656806	Appui-tête (seulement pour le stabilisateur arrière)	O	324,62
		5. Les appareils HKAFO non réciproques : Les deux charnières de hanche bougent de manière indépendante.		
		A. Type PARAWALKER, PHELPS, HGO, ORLAU et variantes.		
		a. Appareil de base :		
		Sur mesure		
656913	656924	Orthèse composée de deux étriers complets de la cuisse fixés à un segment du bassin ou du bassin-thorax, pour ne former qu'un ensemble, fabriquée individuellement	O	1.362,06
		b. Accessoires : segments confectionnés individuellement :		
		Sur mesure		
657016	657020	Segment-pied	O	272,41
657031	657042	Segment-jambe en métal	O	340,51
657053	657064	Segment-jambe en matière synthétique	O	476,72
657075	657086	Segment-cuisse en métal	O	340,51
657090	657101	Segment-cuisse en matière synthétique	O	476,72
657112	657123	Segment-bassin en métal	O	227,01
657134	657145	Segment-bassin en matière synthétique	O	544,82

657156	657160	Segment-bassin plus thorax en métal	O	340,51
657171	657182	Segment-bassin plus thorax en matière synthétique	O	771,06
		c. Suppléments pour (uniquement lorsqu'ils doivent être ajoutés à l'appareil de base) :		
		Sur mesure		
657215	657226	Articulation de la cheville avec butée, éventuellement réglable ou à double traction	O	317,81
657230	657241	Articulation du genou avec roulement à billes ou autres systèmes analogues	O	454,02
657252	657263	Articulation de la hanche avec roulement à billes ou autres systèmes analogues	O	227,01
657274	657285	Verrou du genou	O	544,82
657296	657300	Verrou de la hanche	O	227,01
657311	657322	Secteur, tendeur ou quadriceps artificiel	O	544,82
		B. Type WALK ABOUT :		
		Le système «Walk about» se compose d'une charnière uniaxe à raccordement rapide placée entre deux étriers de la cuisse fabriqués sur mesure au niveau du périné.		
		a. Appareil de base		
		Sur mesure high tech		
657414	657425	Système Walk about pour les personnes dont la taille est inférieure ou égale à 1,50 m	O	1.917,99
657436	657440	Système Walk about pour les personnes de plus de 1,50 m	O	3.014,64
		b. Accessoires : segments confectionnés individuellement :		
		Sur mesure		
657510	657521	Segment-pied en matière synthétique	O	272,41
657532	657543	Segment-jambe en matière synthétique	O	476,72
657554	657565	Segment-cuisse en matière synthétique	O	476,72
657576	657580	Segment-bassin ceinture en matière synthétique	O	544,82
		c. Suppléments pour (uniquement lorsqu'ils doivent être ajoutés à l'appareil de base) :		
		Sur mesure		
657613	657624	Articulation du genou avec roulement à billes ou autres systèmes analogues	O	454,02
657635	657646	Verrou du genou	O	544,82

6. Appareils HKAFO réciproques :

Description : Les deux charnières de hanche sont cinématiquement accouplées : la flexion d'une charnière est associée à une extension proportionnelle dans la charnière de hanche hétérolatérale.
Type :
IRGO
RGO et variantes
ARGO

A. IRGO

Le système «isocentric» est fixé aux deux orthèses du pied, de la cheville et de la jambe avec une coquille dorsale et dorsolombaire et muni de charnières de genou qui peuvent se débloquer. Le système consiste en un pont rigide qui pivote à mi-hauteur du dos. La partie dorsale fonctionne comme un levier lors de l'extension du dos. Ainsi se crée un couple mécanique qui réalise une extension de la hanche d'un côté et parallèlement une flexion de la hanche du côté opposé.

a. Appareil de base :

Sur mesure high tech

657716 657720	Appareil, type isocentric, dont la distance entre les deux trochanters est inférieure ou égale à 25 cm	O	6.547,36
657731 657742	Appareil, type isocentric, dont la distance entre les deux trochanters est supérieure à 25 cm	O	7.066,64

b. Accessoires : segments confectionnés individuellement :

Sur mesure

657812 657823	Segment-pied	O	272,41
657834 657845	Segment-jambe en matière synthétique	O	476,72
657856 657860	Segment-bassin en matière synthétique	O	544,82
657871 657882	Segment-bassin plus thorax en matière synthétique	O	771,06

c. Suppléments pour : (uniquement lorsqu'ils doivent être ajoutés à l'appareil de base) :

Sur mesure

657915 657926	Articulation du genou avec roulement à billes ou autres systèmes analogues	O	454,02
657930 657941	Verrou du genou	O	544,82

B. RGO et variantes

Le système «réciprocator» est fixé aux deux orthèses du pied et de la cheville avec une coquille dorsale et dorsolombaire et pourvu de charnières de genou qui peuvent être débloquées. Le système se compose de deux charnières de hanche à roulement à billes et reliées au moyen de deux câbles. La partie dorsale fonctionne comme un levier lors de l'extension du dos. Ainsi se crée un couple mécanique qui réalise une extension de la hanche d'un côté et parallèlement une flexion de la hanche du côté opposé.

a. Appareil de base :

Sur mesure high tech

658011	658022	Appareil type reciprocator	O	1.362,55

b. Accessoires : segments confectionnés individuellement :

Sur mesure

658114	658125	Segment-pied	O	272,41
658136	658140	Segment-jambe en matière synthétique	O	476,72
658151	658162	Segment-cuisse en matière synthétique	O	476,72
658173	658184	Segment-bassin	O	544,82
658195	658206	Segment-bassin plus thorax	O	771,06

c. Suppléments pour (uniquement lorsqu'ils doivent être ajoutés à l'appareil de base) :

Sur mesure

658210	658221	Articulation du genou avec roulement à billes ou autres systèmes analogues	O	454,02
658232	658243	Verrou du genou	O	544,82

C. ARGO

Le système «argo» est fixé aux deux orthèses du pied et de la cheville et muni de charnières de genou qui peuvent se débloquer. Le système se compose de deux charnières de hanche à roulement à billes et reliées au moyen d'un câble. La partie dorsale fonctionne comme un levier lors de l'extension du dos. Ainsi se crée un couple mécanique qui réalise une extension de la hanche d'un côté et parallèlement une flexion de la hanche du côté opposé.

a. Appareil de base

Sur mesure high tech

658313	658324	Appareil, type Argo, pour une largeur de hanche inférieure à 26 cm	O	7.565,86
658335	658346	Appareil, type Argo, pour une largeur de hanche supérieure à 26 cm	O	8.770,88

		b. Accessoires : segments confectionnés individuellement :		
		Sur mesure		
658416	658420	Segment-pied	O	272,41
658431	658442	Segment-jambe	O	340,51
658453	658464	Segment-bassin	O	544,82
658475	658486	Segment-bassin plus thorax	O	771,06
		Groupe principal X : Appareil pour raccourcissement à incorporer à une chaussure intérieure :		
		Sur mesure :		
648933	648944	- De 3 cm au moins	O	840,90
648955	648966	- De 5 cm à 8 cm	O	999,73
648970	648981	- De plus de 8 cm	O	1.270,48
648992	649003	Botte armée avec compensation et pied artificiel en cuir armé ou en matière plastique	O	3.064,63
		Groupe principal XI : Appareil en tissu élastique, quadriceps, artificiel ou dérotateur à fixer sur chaussure et ceinture :		
		Topographie : (BXI1) du pied ou bassin inclus		
		Sur mesure :		
649014	649025	Ceinture de taille simple, largeur 5 cm au maximum	O	90,80
649036	649040	Ceinture en coutil, cuir ou matière plastique	O	544,82
649051	649062	Tracteur dérotateur, pièce	O	90,80
649073	649084	Tracteur quadriceps, pièce	O	225,86
		Groupe principal XII : Supplément au segment pied, pour tous les appareils du membre inférieur :		
		Sur mesure :		
649095	649106	Liège ou résine de compensation, par centimètre	O	35,09
		Groupe principal XIII : Réparation et entretien :		
653435	653446	Réparation et entretien d'un appareil orthopédique sur mesure du membre inférieur, par tranche de 76,95, par an	O	15,39

653450	653461	Réparation et entretien d'appareils préfab du membre inférieur, par tranche de O 39,85, par an	O	5,18

H.1.3. MEMBRES SUPERIEURS :

Groupe principal I : Doigt :

Topographie :
(CI1) De l'extrémité distale du doigt, comprenant au moins une phalange à l'articulation métacarpophalangienne incluse.

Sur mesure :

649176	649180	Par doigt	O	113,50

Ce segment n'est pris en considération que si le doigt est appareillé individuellement, même si l'appareil comprend d'autres segments.

Préfab :

Orthèse du doigt :

653472	653483	Orthèse dynamique du doigt soutenant ou corrigeant les fonctions articulaires, quel que soit le nombre de doigts, par doigt	O	60,78
649213	649224	Orthèse statique du doigt corrigeant et/ou immobilisant une ou plusieurs articulations du doigt, par doigt	O	17,37

IMF :
Segment-doigt :

649235	649246	Par doigt	O	71,22

Groupe principal II : Main :

Topographie :
(CII1) De l'articulation métacarpophalangienne à l'articulation métacarpocarpienne

Sur mesure :
Segment-main :

649250	649261	En matière moulée, cuir, plastique ou métal Le segment-main peut être appareillé séparément.	O	272,41
649272	649283	Appui palmaire en forme de pelote ou de barre	O	113,50

IMF :

649294	649305	Segment-main	O	84,58
649316	649320	Appui palmaire	O	79,51

Groupe principal III : Paume de la main et doigt(s) :

Topographie :
(CIII1) De l'extrémité des doigts et comprenant au moins une phalange à l'articulation métacarpocarpienne.

Sur mesure :

		Segment-main et segment-doigt :		
649331	649342	Ce segment n'est pris en considération que si l'appareillage de la main et des doigts est conçu en une pièce, c'est-à-dire si les doigts sont pris en bloc et non individuellement. Ce poste peut faire partie d'un appareil comprenant d'autres segments plus proximaux	O	544,82
		Préfab :		
		Orthèse de la main et du doigt :		
649353	649364	Orthèse dynamique de la main soutenant et/ou corrigeant les fonctions articulaires	O	86,81
649375	649386	Orthèse statique de la main immobilisant et/ou corrigeant les fonctions articulaires	O	82,47
		IMF : Segment-main et segment-doigt :		
649390	649401	Ce segment n'est pris en considération que si l'appareillage de la main et des doigts est conçu en une pièce, c'est-à-dire si les doigts sont pris en bloc et non individuellement. Ce poste peut faire partie d'un appareil comprenant d'autres segments plus proximaux	O	130,62
		Groupe principal IV : Poignet :		
		Topographie : (CIV1) Du milieu du métacarpe au 1/3 proximal de l'articulation du poignet. (CIV2) Du milieu du métacarpe au milieu de l'avant-bras, mesuré à partir du pli du coude.		
		Préfab :		
649434	649445	Bandage du poignet fortement restricteur de mouvement avec renforcement dur (CIV2)	O	62,50
		Groupe principal V : doigt - main - poignet et avant-bras :		
		Topographie : (CV1) De l'extrémité des doigts aux deux tiers proximaux de l'avant-bras. La longueur de l'avant-bras est mesurée depuis la fente du poignet jusqu'au pli du coude.		
		Préfab :		
649456	649460	Orthèse dynamique du doigt, de la main, du poignet et de l'avant-bras, type Cock-up, pour les doigts prise individuellement ou en bloc	O	130,22
649471	649482	Orthèse dynamique combinée du doigt, de la main, du poignet et de l'avant-bras, type Oppenheimer, pour flexion ou extension	O	147,59

649493	649504	Attelle postopératoire de la main, type Swanson	O	447,97
649515	649526	Attelle de déviation ulnaire	O	108,53

Groupe principal VI : Main, poignet et avant-bras :

Topographie :

(CVI1) De l'articulation métacarpophalangienne aux deux tiers proximaux de l'avant-bras. La longueur de l'avant-bras est mesurée depuis la fente du poignet jusqu'au pli du coude.

Préfab :

Orthèse de la main, du poignet et de l'avant-bras :

649530	649541	Orthèse dynamique, type Cock-up splint	O	73,79
649552	649563	Attelle statique de flexion ou d'extension du poignet	O	82,47

Groupe principal VII : Poignet et avant-bras :

Topographie :

(CVII1) De l'articulation métacarpienne aux deux tiers proximaux de l'avant-bras.

(CVII2) De l'articulation métacarpienne, au tiers proximal de l'avant-bras.

Sur mesure :

649574	649585	Segment du poignet et de l'avant-bras CVII1	O	544,82
653494	653505	Segment du poignet et de l'avant-bras CVII2	O	420,93

Préfab :

649596	649600	Attelle dynamique, type Oppenheimer splint	O	112,87
649611	649622	Orthèse statique	O	78,13

I.M.F. :

649633	649644	Segment du poignet et de l'avant-bras CVII1	O	162,44
653516	653520	Segment du poignet et de l'avant-bras CVII2	O	118,88

Groupe principal VIII : Coude :

Topographie :
(CVIII1) De la moitié de l'avant-bras à mi-bras. Les points de mesure sont les plis du poignet, du coude et de l'aisselle.

Préfab :

		Orthèse du coude :		
649655	649666	Orthèse du coude avec système de charnière (CVIII1)	O	373,31
649670	649681	Bandage pour tennis-elbow en matière non élastique	O	43,41
649714	649725	Bandage d'anti-hyperextension (CVIII1)	O	112,87
		Groupe principal IX : Bras :		
		Topographie : (CIX1) De l'articulation du coude aux deux tiers proximaux du bras. Les points de mesure sont les plis du coude et de l'aisselle.		
		Sur mesure :		
649736	649740	Segment-bras	O	544,82
		Préfab :		
		Orthèse du bras :		
649751	649762	Orthèse statique, type «fracture bracing»	O	321,22
		IMF :		
649773	649784	Segment-bras	O	162,44
		Groupe principal X : Main - avant-bras - bras :		
		Topographie : (CX1) De la paume de la main à mi-bras. Les points de mesure sont les plis du coude et de l'aisselle.		
		Préfab : Orthèse de la main, de l'avant-bras, du bras :		
649795	649806	Orthèse statique	O	167,55
		Groupe principal XI : Epaule :		
		Topographie : (CXI1) De la paume de la main à l'articulation de l'épaule avec appui thoracique et pelvien.		
		Préfab :		
649810	649821	Orthèse de port d'épaule en vue de prévenir une luxation paralysante de l'épaule	O	698,87
653531	653542	Appareil d'abduction pour immobilisation fonctionnelle de l'épaule avec segments réglables mécaniques	O	1.172,02
653553	653564	Appareil d'abduction adaptable pour immobilisation fonctionnelle de l'épaule sans segments réglables mécaniques	O	647,83
		Groupe principal XII : Segment de l'épaule et/ou de l'hémithorax :		
		Topographie :		

		(CXII1) De l'articulation scapulo-humérale à la naissance du cou, descendant postérieurement jusqu'à l'épine de l'omoplate et antérieurement jusqu'à la naissance des côtes et/ou prenant la moitié du thorax.		
		Sur mesure :		
649854	649865	Segment de l'épaule et/ou de l'hémithorax	O	615,62
		La prestation 649854-649865 n'est pas cumulable avec les prestations 649876-649880, 649891-649902et 649913-649924.		
		Groupe principal XIII : Thorax :		
		Topographie : (CXIII1) Comprenant le thorax, situé entre D1 et D12.		
		Sur mesure : Segment thorax :		
649876	649880	Corselet en coutil	O	544,82
649891	649902	Corselet en cuir	O	1.135,05
649913	649924	Corselet en matière plastique	O	908,04
		Groupe principal XIV : Suppléments pour articulations :		
		Sur mesure : Suppléments pour articulations ou systèmes de traction		
649935	649946	Doigt, par doigt	O	68,10
649950	649961	Poignet	O	113,50
649972	649983	Epaule avec articulation simple	O	227,01
649994	650005	Epaule avec articulation double	O	454,02
650016	650020	Coude	O	363,21
650031	650042	Supplément pour crémaillère ou secteur	O	363,21
650053	650064	Supplément pour verrou de blocage	O	363,21
		IMF : Suppléments pour articulations ou systèmes de traction		
650075	650086	Doigt, par doigt	O	61,09
650090	650101	Poignet	O	101,78
650112	650123	Coude	O	325,74
650134	650145	Crémaillère, secteur ou verrou de blocage	O	325,74
		Groupe principal XV : Bras et épaule :		

		Sur mesure :		
650156	650160	Bandage bras-épaule en vue de prévenir une luxation de l'épaule	O	216,31
		Préfab :		
650171	650182	Coussin de positionnement de l'épaule, destiné à soutenir et à immobiliser les épaules dans une position déterminée	O	169,28
650193	650204	Bandage bras-épaule en vue de prévenir une luxation de l'épaule	O	121,53
		Groupe principal XVI : Réparation et entretien :		
653575	653586	Réparation et entretien d'un appareil orthopédique sur mesure du membre supérieur, par tranche de O 76,95, par an	O	15,39
653590	653601	Réparation et entretien d'appareils préfab du membre supérieur par tranche O 39,85, par an	O	5,18
		H.1.4. ORTHESES SPECIFIQUES :		
		Groupe principal I : Appareils de Denis-Brown :		
		Sur mesure :		
650252	650263	Tout appareil	O	227,01
650274	650285	Segment-pied, pédale modelée	O	90,80
650296	650300	Segment-pied, pédale 2e phase, à fixer à la chaussure ou à tout appareil de nuit comprenant un segment-pied	O	90,80
650311	650322	Chausson modelé (maximum 3 par an et par pied)	O	136,21
650333	650344	Segment-pied 3e phase	O	113,50
650355	650366	Supplément pour mécanisme de réglage de varus-valgus	O	76,38
		Préfab :		
650370	650381	Tout appareil	O	138,91
650392	650403	Petites chaussures de série, type pronation/supination/medium (max. 3 par an, la paire)	O	130,22
650414	650425	Supplément pour mécanisme de réglage varus-valgus	O	28,21
		Groupe principal II : Pied :		
		Sur mesure :		
650436	650440	Tout appareil (tige ou lanière de Friedman)	O	136,21

		Préfab :		
		Chaussures orthopédiques :		
653612	653623	une paire de chaussures de marche pour enfants jusqu'au 5e anniversaire (maximum 3 paires, par an)	O	163,35
653634	653645	une paire de chaussures de marche pour enfants à partir du 5e anniversaire (maximum 2 paires, par an)	O	163,35
650495	650506	Chausson articulé à traction-ressort ou à tension réglable (maximum 3 par pied par an)	O	234,40
650510	650521	Appareil redresseur pour hallux valgus, chaque appareil	O	63,73
653656	653660	Chaussure d'habillement pour patients en voiturette sans fonction de marche, dont le pied présente une malformation anatomique figurant dans un des postes A et/ou B de l'article 29/1, A.3., pour laquelle des chaussures de confection ne sont pas indiquées, par paire	O	165,68
653671	653682	Chaussure de marche spéciale à munir d'une semelle orthopédique spécifique en vue du traitement de lésions diabétiques, par paire. Semelle orthopédique non comprise	O	165,68
653693	653704	Chaussure de marche à placer sur un appareil fait sur mesure du B. Membres inférieurs, Groupes principaux I, II et IV, en cas de fractures de l'articulation talocrurale et/ou du calcanéum, de neuro-angiopathie diabétique et d'affections ulcératives chroniques	O	163,35
		La prestation 653693-653704 ne peut pas être cumulée avec les prestations 646656-646660, 646796-646800, 647150-647161, 647231-647242 et 647651-647662 (segment-pied).		
653715	653726	Chaussures de confection, classiques en cuir avec applications incorporées contre le développement du varus et de l'adduction et munies d'un dispositif de déroulement adapté pour pied varus chez l'enfant âgé de plus de 18 mois et de moins de 6 ans, la paire	O	165,68
		Groupe principal III : Appareil pied, pied et jambe, cuisse et jambe et cuisse et pied :		
		Sur mesure :		
		En matière plastique ou en cuir moulé armé :		
650532	650543	Tout appareil	O	340,51
650554	650565	Segment-pied	O	181,61
650576	650580	Segment-semelle	O	181,61
650591	650602	Segment-jambe ou cheville	O	136,21
650613	650624	Segment-cuisse	O	136,21

		Avec armature métallique et tracteur en cuir :		
650635	650646	Tout appareil	O	227,01
650650	650661	Segment-pied	O	181,61
650672	650683	Segment-semelle	O	181,61
650694	650705	Segment-jambe ou cheville	O	113,50
650716	650720	Segment-cuisse	O	113,50
		Groupe principal IV : Appareil-genou de positionnement (ex. genu valgum ou varum) :		
		Topographie : (DIV1) Distal : comprenant les deux tiers de la jambe Proximal : comprenant les deux tiers de la cuisse		
		Sur mesure :		
		En matière plastique :		
650731	650742	Tout appareil	O	272,41
650753	650764	Segment-pied	O	113,50
650775	650786	Segment-jambe	O	113,50
650790	650801	Segment-cuisse	O	113,50
		Avec armature métallique et cuir :		
650812	650823	Tout appareil	O	272,41
650834	650845	Segment-pied	O	113,50
650856	650860	Segment-semelle	O	113,50
650871	650882	Segment-jambe	O	113,50
650893	650904	Segment-cuisse	O	113,50
650915	650926	Pelote pneumatique pour le réglage de la correction	O	153,90
		Groupe principal V : Appareils pédiatriques de luxation de la hanche :		
		Sur mesure :		
		Appareil écarteur de cuisses :		
650930	650941	Tout appareil	O	340,51
650952	650963	Segment-cuisse	O	136,21
650974	650985	Segment-bassin	O	136,21

		Préfab :		
650996	651000	Lange ou système de culotte écarteur	O	65,12
651011	651022	Système de type Pavlik	O	164,94
		Groupe principal VI : Appareils du bassin jusqu'au pied inclus :		
		Sur mesure :		
		Segments à joindre aux appareils figurant aux groupes principaux III et IV :		
651033	651044	Supplément pour bandage pelvien	O	158,91
651055	651066	Supplément pour segment-bassin en matière moulée et prenant tout le bassin	O	363,21
651070	651081	Supplément pour segment-thorax en matière moulée allant de la base du thorax jusqu'aux aisselles	O	227,01
		Groupe principal VII : Suppléments :		
		Sur mesure :		
		Suppléments pour toutes les orthèses spécifiques à l'exception des appareils de Denis-Brown :		
651092	651103	Supplément par articulation	O	158,91
651114	651125	Supplément par verrou	O	158,91
		Les prestations 651092-651103 et 651114-651125 ne peuvent chacune être tarifiées qu'une seule fois par articulation anatomique.		
651136	651140	Supplément par secteur ou tendeur	O	158,91
		Groupe principal VIII : Réparation et entretien :		
653730	653741	Réparation et entretien d'un appareil orthopédique sur mesure spécifique du membre inférieur, par tranche de O 76,95, par an	O	15,39
653752	653763	Réparation et entretien d'appareils préfab, d'orthèses spécifiques, du membre inférieur, par tranche de O 39,85, par an	O	5,18

H.2. Définitions

Par appareils manufacturés, immediate fitting, appareils préfabriqués et sur mesure high-tech, il faut entendre :

a) les appareils manufacturés (faits sur mesure) : ce sont des appareils fabriqués sur la base de matière premières et/ou de pièces détachées et confectionnés individuellement suivant les mesures du patient (custom made);

b) l'immediate fitting (IMF) : est un appareillage qui est placé directement sur le patient, sans moulage, à partir de plastiques à température basse et d'éventuels accessoires;
f
c) les appareils préfabriqués (préfab) : tout appareil fini standard qui est produit en série et auquel de petites adaptations éventuelles peuvent être apportées.

d) sur mesure high-tech : les appareils réalisés individuellement suivant les mesures du patient et qui sont fabriqués à partir de pièces détachées et de modules de qualité high-tech.

Les différents segments et articulations repris au H.1. pour l'appareillage orthopédique et de nuit du membre inférieur doivent s'entendre de la façon suivante :

Segment-pied : étrier rivé ou boîtier rond ou étrier extérieur ou semelle en métal, cuir ou matière plastique.

Segment-semelle : s'ajoute au segment-pied lorsqu'il y a une sandale modelée, et armée.

Segment-étrier plat amovible : s'ajoute au segment-pied quand l'étrier est amovible, soit à la cheville, soit dans le boîtier plat.

Segment-amortisseur téléscopique : s'ajoute au segment-pied quand le montant est muni d'un amortisseur téléscopique.

Segment-cheville : du cou-de-pied à la racine du mollet ou mi-mollet. Ce segment n'est pris en considération que s'il constitue la partie la plus proximale de l'appareil; dans les autres cas, il se confond avec le segment-jambe.

Segment-jambe : des malléoles jusqu'au genou.

Segment-cuisse : du genou au haut de la cuisse.

Segment-pelvien : bande rigide pelvienne de 2,5 cm de largeur minimum ou attache pelvienne permettant de fixer 1 ou 2 appareils cruro- ou ischio-pédieux munis d'articulation à la hanche sur un corset orthopédique type 645875-645886, 645890-645901, 645912-645923, 646015-646026.

Segment-bassin : segment prenant tout le bassin et remontant au maximum en-dessous des omoplates.

Segment-thorax : s'ajoute au segment-bassin quand la ceinture remonte jusqu'au sternum.

Articulation de la cheville : au niveau des malléoles ou dans le talon de la chaussure.

Articulation du genou : au niveau du genou.

Articulation de la hanche : 3 possibilités distinctes nécessitant chacune une articulation chaque fois tarifée sous le même numéro.

a) flexion, extension,
b) abduction, adduction,
c) réglage du pas.

- supplément pour secteur : système permettant le réglage progressif des mouvements de l'articulation.
- supplément pour tendeur : tendeur postérieur permettant le réglage progressif des mouvements de l'articulation.
- supplément pour quadriceps artificiel : anneau antérieur avec système d'élastique freinant le genou.

H.3. Indications

Les produits énumérés au H.1. ne sont remboursés que s'ils répondent aux indications, lorsque des indications ont été fixées.

Le médecin traitant et prescripteur décide de l'indication médicale et de la thérapie à adopter en concertation avec le dispensateur de soins qui a l'obligation de procéder à l'exécution la mieux adaptée.

La prescription d'un article sur mesure n'exempte pas le dispensateur de soins de joindre une motivation circonstanciée (cf. H.4.5.) à l'attestation de délivrance et l'intervention de l'assurance n'est soumise à l'accord du médecin-conseil avant le remboursement que lorsqu'il y a le choix entre le préfab et le « sur mesure ».

La prestation 697071 – 697082 (traitement avec une orthèse d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille) est une orthèse où l'articulation de cheville physiologique peut, en fonction du traitement, être libérée, de façon progressive vers une position en flexion, extension ou neutre.

En cas de l'indication 'fracture', l'orthèse doit permettre une décharge partielle pour l'avantpied, le métatarse ou l'arrière-pied grâce à des adaptations de la semelle intérieure ou l'utilisation d'une gaine pneumatique. Cette décharge doit pouvoir évoluer progressivement vers une charge normale. En outre, l'articulation de la cheville doit pouvoir être immobilisée et elle doit, en fonction de l'évolution du traitement, pouvoir être libérée de manière progressive ou pas mais contrôlée pour pouvoir revenir à une fonction normale de l'articulation dans le délai approprié. Ces adaptations progressives doivent être effectuées au niveau de l'articulation de cheville réglable ou ajustable.

En cas de l'indication 'rupture du tendon d'Achille', l'orthèse doit permettre d'immobiliser le pied par rapport à la jambe dans l'articulation de cheville. L'équinisme doit ensuite pouvoir progressivement être adapté à 90°, sur l'indication du prescripteur, en fonction du processus de guérison du tendon d'Achille. L'adaptation de l'équinisme à 90° est effectuée au niveau de l'articulation de cheville réglable ou ajustable et/ou par l'application d'éléments cunéiformes internes ou externes, qui font partie du concept de base de l'orthèse

Les orthèses qui ne correspondent pas aux indications et aux spécifications susmentionnées ne peuvent pas être tarifées sous la prestation 697071 - 697082.

H.4. Procédure de demande

H.4.1. Prescripteurs

Les prestations visées au H.1. (orthèses et appareils orthopédiques) ne sont remboursées que si elles ont été prescrites, tant pour la première délivrance que pour le renouvellement, par un médecin spécialiste en chirurgie, en chirurgie orthopédique, en chirurgie plastique, en neurochirurgie, en médecine physique et en revalidation, en rhumatologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en pédiatrie ou en gynécologie-obstétrique, à l'exception du lombostat en coutil et métal qui pour un renouvellement peut être prescrit par tout médecin.

H.4.2. Documents

H.4.3. Procédure et demande de dossier

H.4.4. Validité prescription

Les produits prévus en H.1. ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :

- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage ;
- six mois s'il s'agit d'un renouvellement.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables suivant la date de remise de la prescription au dispensateur de soins ou, si elle est conditionnée par l'approbation du médecin-conseil, à partir de la date de cette approbation sauf en cas de force majeure démontrée.

H.4.5. Motivation sur mesure

Lorsque, pour une affection bien déterminée, la nomenclature autorise un équipement constitué tant d'un appareil préfabriqué que d'un manufacturé, le dispensateur de soins dont le choix se porte sur un appareil manufacturé est tenu de joindre une motivation circonstanciée à l'attestation de délivrance et l'intervention de l'assurance est soumise à l'accord du médecin-conseil avant le remboursement.

H.5. Dispositions générales

Les bandes et autres matières plâtrées utilisées par l'appareilleur pour le moulage nécessaire à la confection définitive des appareils orthopédiques ou des prothèses sont portées en compte à l'assurance et remboursées en supplément de ces appareils ou prothèses, conformément au tarif de remboursement prévu pour ces bandes ou autres matières plâtrées dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Les interventions ne sont accordées que pour les appareils :
- essayés en cours de fabrication et appliqués à la délivrance ou
- adaptés et appliqués lors de la délivrance.

Le liège ou la résine de compensation pour les appareils sert à compenser soit un membre raccourci, soit un pied en équin, soit à équilibrer le membre sain si la différence est de plus de 2 cm en cas d'allongement du membre malade.

Les produits fabriqués sur mesure repris au présent article doivent être essayés au moins une fois avant la finition du produit à délivrer.

Les produits repris au présent article doivent être appliqués au bénéficiaire lors de la délivrance. Ils devront faire l'objet des adaptations techniques nécessaires.

Toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien du produit doivent être fournies au bénéficiaire.

"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025) + erratum M.B. 28.11.2025
" Le dispensateur de soins doit exécuter lui-même la délivrance et disposer de l'installation et de l'outillage nécessaire à la confection sur mesure et à l'essayage. Il ne peut offrir en vente, ni fournir les produits repris au H.1. sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage."

Lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel à l'orthopédiste, celui-ci peut se rendre à résidence.

H.6. Cumuls et tarifications particulières

a) Orthèse du membre supérieur à fixer sur chaise roulante : tarifer uniquement le 649574-649585 et 649736-649740.

b) Genouillère (série 647356-647360 à 647511-647522) : si la longueur de l'appareil est inférieure ou égale à 15 cm au-dessus et en-dessous du genou, il y a lieu de compter seulement le 647356-647360 sans autre segment.

c) Appareil de décharge de la hanche : la surélévation de la chaussure du côté sain est comprise dans le prix de l'appareil.

d) Appareil bilatéral pour infirmes moteurs cérébraux, de type Phelps réglable en hauteur : au cas où il y a lieu d'adapter une articulation supplémentaire à la hanche ou au genou (secteur adduction, abduction, etc...) sans roulement à billes, il faut tarifer le 647835-647846, 647872-647883 ou 648196-648200.

e) Appareil dérotateur de la hanche en ressort ou caoutchouc : prendre la série 647636-647640 à 647916-647920 mais ne pas tarifer le 647636-647640 tout appareil.

f) Appareil écarteur de cuisses : lange de Freika : 6 tailles au maximum par an. Bandages Pavlik : 3 tailles au maximum par an. Pour un appareil de type Von Roosen ou Barlow, seulement le n° 650930 peut être tarifé.

g) Les prestations 653612-653623 et 653634-653645 peuvent être combinées avec les appareils orthopédiques sur mesure du membre inférieur pour autant que leur combinaison est nécessaire du point de vue thérapeutique. La prestation 650495-650506 ne peut être combinée qu'avec les appareils de H.1.4. ORTHESES SPECIFIQUES, Groupe principal III.

h) La prestation 646612-646623 (appareil rigide, ressort ou attelle en matière plastique interne ou externe à la chaussure à appliquer à une chaussure de série, tout appareil) n'est pas cumulable avec les segments énumérés sous la prestation 646634-646645 ou sous la prestation 646774-646785.

H.7. Renouvellement

H.7.1. Sur mesure

Les orthèses et appareils orthopédiques high tech et manufacturés, à l'exception de la prestation 656515-656526 peuvent d'abord être remplacés par un nouvel appareil high tech ou un appareil sur mesure ou préfabriqué remplissant une fonction thérapeutique analogue et inclus dans le même groupe principal et la même topographie après un délai de :

a) d'un an pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni avant leur quatorzième anniversaire;

b) de deux ans pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni après leur quatorzième anniversaire et avant leur vingt-et-unième anniversaire;

c) de cinq ans pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni après leur vingt-et-unième anniversaire;

d) de quatre ans pour les lombostats en coutil et métal (645396-645400, 645411-645422 et 645433-645444) fournis après leur vingt-et-unième anniversaire.

Suivant les nécessités du traitement de la scoliose ou de la cypholordose, un appareillage supplémentaire peut être accordé avant terme pour les bénéficiaires entre leur quatorzième et leur vingt-et-unième anniversaire et après accord préalable du médecin-conseil (645912-645923, 645934-645945 et 646015-646026).

Les articles manufacturés ne peuvent être remboursés que pour les lésions et les affections pour lesquelles est prévue une durée d'utilisation au moins égale au délai de renouvellement, à l'exception des orthèses de décharge, en cas de fractures démontrées par une radiographie et/ou d'anomalies anatomiques graves. Une orthèse de décharge est une orthèse de membre supérieur ou inférieur qui retient hors de la fracture les forces internes qui s'exercent sur une fracture et qui est utilisée pendant une grande partie de la journée afin de rendre possible l'activité ou la mise en charge précoces. Par forces internes on entend e.a. les forces causées par le poids du tronc lors de l'appui sur le membre inférieur, forces entraînées par l'activité musculaire. Le terme orthèse de décharge ne s'applique pas à l'orthèse visant uniquement à protéger la fracture des forces extérieures s'exerçant sur celle-ci.

La demande de remplacement anticipé introduite pour cause de changement anatomique est transmise au médecin-conseil.

La demande motivée pour remplacement anticipé pour cause de changement anatomique comprend une justification médicale, rédigée par le médecin traitant et mentionnant l'évolution de l'état anatomique entre la date de la délivrance précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins.

Pour un casque crânien, un remplacement anticipé peut également être autorisé lorsque celui-ci est devenu inutilisable et irréparable à la suite de traumatismes multiples.

La demande motivée pour remplacement anticipé d'un casque crânien devenu inutilisable et irréparable doit comprendre une justification médicale établie par le médecin traitant ainsi qu'une justification et un devis établis par un dispensateur de soins. Cette demande est transmise au médecin-conseil.

L'intervention pour le remplacement anticipé ne peut être accordée qu'après autorisation donnée par le médecin-conseil avant la délivrance.

H.7.2. Prefab

Les orthèses et appareils orthopédiques préfabriqués peuvent d'abord être remplacés par un nouvel appareil sur mesure ou préfabriqué remplissant une fonction thérapeutique analogue et repris dans le même groupe principal et la même topographie après un délai :

a) d'un an pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni avant leur vingt-et-unième anniversaire, à l'exception de la prestation 656611-656622;

b) de trois ans pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni après leur vingt-et-unième anniversaire;

c) d'un an pour les prestations 653656-653660, 653671-653682, 653391-653402 et 653413-653424.

d) pour la prestation 656611-656622 :
- d'un an pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni avant leur quatorzième anniversaire;
- de deux ans pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni après leur quatorzième anniversaire et avant leur vingt-et-unième anniversaire.

Les articles préfabriqués ne sont pas cumulables avec les articles manufacturés, sauf après accord préalable du médecin-conseil. Cette disposition n'est pas d'application pour les prestations 653612-653623, 653634-653645 et 650495-650506, pour lesquelles des règles spécifiques ont été établies (cf. H.6.g)).

Les appareils préfabriqués ne peuvent pas être cumulés avec des segments, suppléments et accessoires d'appareils manufacturés et/ou I.M.F.

Pour les appareils préfabriqués, le dispensateur de soins mentionnera, outre le numéro de code, les données d'identification de l'appareil (marque et la référence ou le code du fabricant).

H.7.3. IMF

L'immédiate fitting (IMF) peut être tarifé pour autant qu'il soit indiqué de placer directement sur le patient, un appareillage à usage temporaire

L'intervention de l'assurance pour une prestation en IMF ne peut être octroyée qu'une seule fois par situation pathologique. Par nouvelle situation pathologique, il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

Suivant les nécessités du traitement et sur base d'une motivation circonstanciée du médecin prescripteur, la prestation en IMF peut être remplacée par un appareillage sur mesure ou préfabriqué remplissant une fonction thérapeutique analogue et inclus dans le même groupe principal et la même topographie.

H.7.4. Statif de base

Le statif de base prévu sous le numéro de la nomenclature 656515-656526 peut d'abord être remplacé par un nouveau statif de base après un délai de :

a) trois ans pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni avant leur vingt-et-unième anniversaire;

b) cinq ans pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni après leur vingt-et-unième anniversaire.

H.7.5. Rééducation professionnelle

Dans le cadre de la rééducation professionnelle, le médecin-conseil peut autoriser un remplacement anticipé pour les prestations citées au H.1., pour cause de changement anatomique ou d'usure prématurée de ces appareils et lorsque le port de ceux-ci constitue une condition pour la reprise ou la poursuite d'une activité professionnelle assujettissant le titulaire, soit à la sécurité sociale des travailleurs salariés, soit au statut social des travailleurs indépendants. S'il s'agit d'un changement anatomique, la demande doit contenir une justification médicale, rédigée par le médecin traitant et mentionnant l'évolution de l'état anatomique entre la date de la délivrance précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins.

L'intervention pour remplacement anticipé ne peut être accordée pour des appareils réparables ou adaptables, pour des appareils mal confectionnés et qui ne conviennent donc pas au bénéficiaire, ou en cas de perte ou de détérioration par négligence.

H.8. Réparation, entretien et garantie

L'intervention annuelle pour réparation ou entretien d'une orthèse ou d'un appareil orthopédique du tronc ou d'un membre supérieur ou inférieur est due pour tout bénéficiaire à partir de son quatorzième anniversaire au moment de la réparation ou de l'entretien, à l'exception de la prestation 656515-656526 pour laquelle la limite d'âge ne s'applique pas.

Cette intervention exclut le remboursement d'une nouvelle orthèse ou d'un nouvel appareil orthopédique identique pendant une période de six mois.

L'intervention pour deux ou plusieurs années ne peut être cumulée.

La durée d'un an se calcule à partir de la date de la délivrance.

La réparation et l'entretien des appareils orthopédiques et des orthèses peuvent être fournis sans prescription médicale. Les tarifs portés en compte aux organismes assureurs doivent être en rapport avec les travaux de réparation et d'entretien exécutés.

H.9. Critères techniques

Les produits mentionnés au H.1. doivent être conformes aux critères minimums de fabrication qui sont mentionnés au L.

I. ORTHESES D'ASSISE

I.1. Prestations

Groupe principal I : Orthèses d'assise ODLF/OLF :

Sur-mesure :

654754	654765	Orthèse d'assise ODLF pour bénéficiaires jusqu'au 18ème anniversaire (groupe cible A1)	O	3.383,40
654776	654780	Orthèse d'assise OLF pour bénéficiaires jusqu'au 18ème anniversaire (groupe cible A1)	O	2.789,64
654791	654802	Orthèse d'assise ODLF pour bénéficiaires à partir du 18ème anniversaire (groupe cible A2)	O	3.668,55
654813	654824	Orthèse d'assise OLF pour bénéficiaires à partir du 18ème anniversaire (groupe cible A2)	O	2.994,95
654835	654846	Orthèse d'assise ODLF pour bénéficiaires à partir du 18ème anniversaire (groupe cible B1)	O	3.668,55
654850	654861	Orthèse d'assise ODLF pour bénéficiaires à partir du 18ème anniversaire (groupe cible B2)	O	3.668,55

Groupe principal II : Accessoires, réparation et entretien pour les orthèses d'assise

1. Accessoires fabriqués sur mesure

Sur-mesure :

658490	658501	Appuie-tête moulé anatomiquement	O	94,34
658512	658523	Repose-bras moulé anatomiquement (par membre)	O	60,87
658534	658545	Repose-jambe moulé anatomiquement (par membre)	O	178,72
658556	658560	Palette pose-pied (par pied)	O	66,33
658571	658582	Repose-jambes bilatéral monobloc moulé y compris la palette pose-pieds	O	447,59
658593	658604	Repose-pied moulé avec fixation au pied et/ou à la cheville moulée anatomiquement (par pied)	O	91,03
658615	658626	Tablette sur mesure avec système de fixation (groupe cible A1)	O	382,07
658630	658641	Plot d'abduction amovible, fixé sur l'assise	O	333,70
658652	658663	Barre d'appui infra-patellaire rigide et réglable en cas de défaut de posture de la hanche et/ou fixation du bassin	O	619,00
658674	658685	Barre d'appui supra fémorale rigide et réglable	O	619,00
658696	658700	Dossier amovible (groupe cible A1)	O	304,23

2. Composants adaptés individuellement sur mesure

Sur-mesure :

658711	658722	Articulation hanche (par axe de rotation mécanique)	O	205,69
658733	658744	Articulation genou (par axe de rotation mécanique)	O	199,81
658755	658766	Articulation cheville (par axe de rotation mécanique)	O	168,06
658770	658781	Verrou (par axe de rotation mécanique)	O	115,08
658792	658803	Secteur (par axe de rotation mécanique)	O	101,12
658814	658825	Système de tête, mono axial	O	126,70
658836	658840	Système de tête, triaxial	O	284,76
658851	658862	Fixation du bassin	O	181,03
658873	658884	Fixation du thorax	O	240,05
658895	658906	Fixation de l'épaule (par épaule)	O	123,82

3. Accessoire préfabriqué

Préfab :

658910	658921	Châssis d'intérieur préfabriqué avec fixation par trapèze ou système de fixation similaire, jusqu'au 18ème anniversaire (groupe cible A1)	O	1.316,88

4. Entretien, réparation et adaptation

Sur-mesure :

658932	658943	Entretien, réparation et adaptation d'une orthèse d'assise, par O 76,95, pour le montant total de l'orthèse d'assise y compris les accessoires remboursés, par année	O	15,39

Préfab :

658954	658965	Entretien, réparation et adaptation d'un châssis d'intérieur pour une orthèse d'assise, par O 39,80, pour le montant total du châssis d'intérieur, par année	O	3,98

I.2. Définitions

Description générique :

Orthèse en forme de coquille, offrant un soutien orthopédique au moins à hauteur des cuisses, du bassin, de la colonne vertébrale et soutenant au minimum la 1/2 du tronc dans la profondeur (plan sagittal).

Abréviation générique :

SeO (Seat Orthosis), ODLF/OLF

Synonyme :

Siège-coquille, corset-siège

Définition :

Une orthèse d'assise est un dispositif externe destiné à soutenir les structures et fonctions anatomiques du système neuromusculaire et du squelette, et éventuellement les corriger. Il soutient le tronc, le bassin et les cuisses.

Topografie :

L'orthèse d'assise dorso-lombo-fémorale (ODLF) englobe au moins les cuisses ou parties de celles-ci, le bassin, la colonne vertébrale lombaire, la colonne vertébrale thoracique ainsi que complètement les omoplates.

L'orthèse d'assise lombo-fémorale (OLF) englobe au moins les cuisses ou parties de celles-ci, le bassin, la colonne lombaire mais libère (éventuellement partiellement) les omoplates.

Par orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure, il faut entendre :

Fabriqué sur mesure signifie adapté aux caractéristiques biomécaniques et fonctionnelles du bénéficiaire.

ET

Orthèse d'assise conçue entièrement individuellement et fabriquée complètement sur mesure selon un concept tridimensionnel (empreinte plâtrée, coussin à dépression, empreinte numérique ou autre système de prise de mesure tridimensionnel).

ET

Les éléments sont fabriqués à partir de matières premières (cuir, matériau indéformable, bois, métal, textile, ...) éventuellement associées à des composants repris au I.1. Groupe principal II.2.

ET

La fabrication, l'adaptation et la finition s'effectuent en collaboration avec un atelier d'orthopédie.

Par composant, il faut entendre :

Un élément fourni par l'industrie (barre, verrou, mécanisme à ressort, engrenage, articulations, ...) qui est adapté aux mensurations du bénéficiaire.

Par accessoire fabriqué individuellement sur mesure, il faut entendre :

Accessoire conçu entièrement individuellement et fabriqué complètement sur mesure selon un concept tridimensionnel (empreinte plâtrée, coussin à dépression, empreinte numérique ou autre système de prise de mesure tridimensionnel).

ET

Les accessoires (I.1. Groupe principal II.1) sont fabriqués à partir de matières premières (cuir, matériau indéformable, bois, métal, textile, ...) éventuellement associées à des composants repris au I.1. groupe principal II.2.

ET

La fabrication, l'adaptation et la finition s'effectuent en collaboration avec un atelier d'orthopédie.

Par accessoire préfabriqué, il faut entendre :

Adaptation préfabriquée livrée comme produit fini (concept prêt à l'emploi) par l'industrie au dispensateur de soins. Elle est choisie en fonction de mesures bien déterminées. Un schéma de mesures définit la mesure correcte. L'accessoire peut être placé sur une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure.

ET

Le montage, l'alignement et la finition s'effectuent avec du petit outillage et, si nécessaire, avec une intervention limitée de l'atelier d'orthopédie.

I.3. Dispositions et conditions spécifiques pour la fabrication et la délivrance

I.3.1. L'orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure et les accessoires fabriqués sur mesure ne peuvent être délivrés et remboursés que si toutes les conditions suivantes sont remplies:

a) la prise de mesure est effectuée par le dispensateur lui-même, de manière tridimensionnelle : empreinte plâtrée, coussin à dépression, empreinte numérique ou autre système de prise de mesure tridimensionnel. Les mesures prises avec un compas et/ou mètre ruban peuvent figurer dans le dossier technique pour le compléter mais ne suffisent pas en elles-mêmes. Pour les prestations 658556-658560, 658571-658582, 658593-658604, 658615-658626, 658630-658641, 658652-658663, 658674-658685 et 658696-658700, la prise de mesure ne doit pas être effectuée de manière tridimensionnelle.

b) l'empreinte tridimensionnelle est utilisée pour la fabrication de l'orthèse d'assise.

c) l'orthèse d'assise doit être essayée au moins une fois avant la délivrance définitive. Si nécessaire, des adaptations sont réalisées.

d) lors de la délivrance, le dispensateur de soins positionne lui-même le bénéficiaire dans l'orthèse d'assise avec les accessoires éventuels et apporte si nécessaire des adaptations techniques.

e) l'orthèse d'assise est conforme à la prescription médicale

f) l'orthèse d'assise est adaptée et répond aux besoins individuels du bénéficiaire.

g) toutes les indications relatives à l'utilisation et à l'entretien du produit sont communiquées au bénéficiaire ou à son représentant légal.

Le dispensateur de soins tient un dossier technique reprenant au moins les données suivantes :

a) la description du produit à délivrer ;

b) La preuve de la prise de mesure tridimensionnelle (ex. photos, empreinte plâtrée, schéma(s) de mesure et/ou fichiers numériques).

c) la description des matériaux et composants utilisés.

I.3.2. Les accessoires préfabriqués ne peuvent être délivrés et remboursés que si toutes les indications relatives à l'utilisation et à l'entretien du produit sont communiquées au bénéficiaire ou à son représentant légal.

I.4. Indications

I.4.1. Groupe cible

Groupe cible A : bénéficiaires atteints d'une affection congénitale, d'une affection ou d'une lésion acquise avant le 18ème anniversaire :

Groupe cible A1 : bénéficiaires jusqu'au 18ème anniversaire

Groupe cible A2 : bénéficiaires à partir du 18ème anniversaire

Groupe cible B : bénéficiaires ayant besoin d'une orthèse d'assise à partir du 18ème anniversaire :

Groupe cible B1 : bénéficiaires à partir du 18ème anniversaire, après utilisation d'une voiturette de maintien et de soins

Groupe cible B2 : bénéficiaires à partir du 18ème anniversaire, en situation exceptionnelle

I.4.2. Objectif d'utilisation

Une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure est destinée à soutenir le bénéficiaire confronté tant à un problème de mobilité que de positionnement.

L'orthèse d'assise est destinée à un usage définitif, de longue durée et quotidien.

L'orthèse d'assise est destinée aux bénéficiaires chez qui la perte ou le trouble des fonctions ou des structures anatomiques du dos, de l'assise, de la tête et/ou des membres supérieurs et des membres inférieurs, nécessite un soutien. L'orthèse d'assise vise à soutenir le bénéficiaire, à le positionner, à le stabiliser et/ou à le corriger, et/ou à minimaliser les forces de compression et de cisaillement afin d'éviter les escarres.

Ces objectifs ne peuvent être atteints qu'avec une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure. Ceci signifie qu'aucune aide à la mobilité préfabriquée remboursée et ses adaptations préfabriquées ni aucune orthèse du tronc ne répond aux besoins du bénéficiaire, à l'exception de groupe cible A pour les bénéficiaires avec une scoliose et/ou kyphose d'origine neurologique (cerebral palsy, spina bifida, myopathie...), pour lesquels une orthèse d'assise peut être combinée avec une des prestations suivantes : 645676-645680, 645713-645724, 645772-645783, 645912-645923 et 645934-645945 du H.1.1 groupe-principal V en 646015-646026 du H.1.1 groupe-principal VI.

I.4.3. Indications fonctionnelles

Le bénéficiaire doit présenter tant un problème de mobilité qu'un problème de positionnement.

En raison des conditions ci-dessous, il existe un risque d'escarres qui nécessite de réduire et/ou de redistribuer la charge causée par les forces de compression et de cisaillement.

I.4.3.1. Problème de mobilité

Le bénéficiaire appartenant au groupe cible A présente des limitations très sévères de la fonction des membres inférieurs et utilise une voiturette pour effectuer ses déplacements.

Le bénéficiaire appartenant au groupe cible B présente des limitations très sévères de la fonction des membres inférieurs, et est entièrement dépendant d'une voiturette pour effectuer ses déplacements.

I.4.3.2. Problème de positionnement

Le bénéficiaire présente un problème de positionnement sévère et satisfait à une des deux conditions énumérées ci-dessous :

a) Il existe un trouble sévère des structures anatomiques et/ou fonctionnelles de la colonne vertébrale :

Déformation prononcée ou autre trouble dans des structures anatomiques de la colonne vertébrale lombaire et/ou thoracique, et/ou trouble sévère de la fonction des muscles du tronc ; en ce qui concerne la force musculaire et/ou le tonus musculaire : activité musculaire trop faible ou excessive.

En raison de ces troubles, le tronc, et éventuellement la ceinture scapulaire, la tête et le cou, ne peuvent pas être maintenus dans une position correcte pendant la position assise de longue durée, sans orthèse d'assise fabriquée sur mesure.

b) Il existe un trouble sévère des structures anatomiques et/ou fonctionnelles de la ceinture pelvienne et/ou des muscles du fémur et/ou un trouble sévère de la fonction des muscles de la ceinture pelvienne et/ou des muscles du fémur ; en ce qui concerne la force musculaire et/ou le tonus musculaire : activité musculaire trop faible ou excessive.

En raison de ces troubles, le bassin et les hanches ne peuvent pas être maintenus dans une position correcte pendant la position assise de longue durée, sans orthèse d'assise fabriquée sur mesure.

I.5 Procédure de demande d'intervention de l'assurance

I.5.1. Généralités

I.5.1.1. Prescripteurs

Les prestations figurant au I.1 sont uniquement remboursées pour les bénéficiaires du groupe-cible si elles ont été prescrites, tant pour la première délivrance que pour le renouvellement, par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, en médecine physique et revalidation, en rhumatologie, en neurologie, en neuropsychiatrie ou en pédiatrie. La réparation et l'entretien d'une orthèse d'assise (658932-658943) et d'un châssis d'intérieur (658954-658965) peuvent être fournis sans prescription médicale. Les tarifs portés en compte aux organismes assureurs doivent être en rapport avec les travaux de réparation et d'entretien exécutés.

I.5.1.2. Procédure pour la première demande

I.5.1.2.1. Dispositions générales pour tous les bénéficiaires

Lors de la première demande d'une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure, la prescription doit être établie par une équipe multidisciplinaire et être signée par le médecin spécialiste repris au I.5.1.1. et l'ergothérapeute et/ou le kinésithérapeute de cette équipe.

Le dispensateur de soins introduit une demande d'intervention de l'assurance pour une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure auprès du médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire. Cette demande comporte la prescription médicale et le rapport de motivation.

Un accord du médecin-conseil est requis préalablement à la délivrance pour tous les bénéficiaires.

Le médecin-conseil réagit à la demande introduite dans les 25 jours ouvrables. Cette réaction peut comporter les décisions suivantes :

a) la demande est approuvée.

b) la demande est rejetée sur base d'une motivation circonstanciée.

c) la demande est incomplète ou exige un complément d'information. Dans ce cas, le médecin-conseil dispose à nouveau de 25 jours ouvrables pour prendre sa décision, à compter de la date de réception de ce complément d'information.

d) le bénéficiaire est soumis à un examen physique. Le délai de décision du médecin-conseil est prolongé de 25 jours ouvrables.

En l'absence de réponse du médecin-conseil dans les délais susmentionnés, la demande introduite est approuvée.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de 75 jours ouvrables, à compter de la date d'approbation du médecin-conseil, sauf cas de force majeure démontré.

Le dispensateur de soins informe le bénéficiaire du fait que l'orthèse d'assise est à la charge du bénéficiaire si la délivrance s'effectue, à sa demande, avant que la décision du médecin-conseil ne soit connue. En cas de différend, la preuve que l'information a été donnée doit être fournie par le dispensateur de soins.

Après la délivrance, l'attestation de délivrance est envoyée à la mutualité du bénéficiaire.

Le médecin-conseil peut vérifier après une délivrance si celle-ci a été exécutée conformément à la prescription médicale et aux dispositions de la nomenclature des prestations de santé.

I.5.1.2.2. Dispositions complémentaires pour le bénéficiaire appartenant au groupe cible B1 :

Pour pouvoir prétendre à une intervention de l'assurance pour une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure pour le bénéficiaire appartenant au groupe cible B1, en plus des dispositions figurant au I.5.1.2.1., les conditions suivantes doivent également être satisfaites :

Le bénéficiaire a fait usage depuis sa lésion ou affection acquise d'une voiturette manuelle de maintien et de soins remboursée. Il apparaît que la voiturettes de maintien et de soins ne remédie pas suffisamment aux problèmes de mobilité et de positionnement.

Le médecin qui a prescrit la voiturette manuelle de maintien et de soins, ou le médecin traitant, réfère dans ce cas le bénéficiaire vers un médecin spécialiste repris au I.5.1.1. et dresse un rapport d'envoi. Ce rapport doit faire apparaître combien de temps le bénéficiaire a fait usage de la voiturette manuelle de maintien et de soins et pourquoi elle n'apporte pas un soutien suffisant et ne répond plus aux besoins du bénéficiaire. Cette motivation est jointe à la prescription de l'orthèse d'assise.

La prescription d'une orthèse d'assise doit ensuite être établie par un médecin spécialiste repris au I.5.1.1., et être cosignée par un ergothérapeute, un kinésithérapeute ou un praticien de l'art infirmier chargé des soins quotidiens du bénéficiaire.

I.5.1.2.3. Dispositions complémentaires pour le bénéficiaire appartenant au groupe cible B2 :

Pour pouvoir prétendre à une intervention de l'assurance pour une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure pour le bénéficiaire appartenant au groupe cible B2, en plus des dispositions figurant au I.5.1.2.1., les conditions suivantes doivent également être satisfaites

Le bénéficiaire doit se trouver dans la situation exceptionnelle suivante : la gravité des anomalies anatomiques et/ou fonctionnelles responsables du problème de positionnement est de nature telle qu'on peut raisonnablement prévoir qu'une voiturette manuelle de maintien et de soins ne permet pas d'offrir une solution satisfaisante.

Le caractère exceptionnel de la situation doit ressortir de façon détaillée de la prescription médicale. Cette prescription est établie conjointement par un médecin spécialiste repris au I.5.1.1., et par un ergothérapeute et/ou un kinésithérapeute. Le médecin traitant ou un praticien de l'art infirmier peuvent la cosigner à titre facultatif.

Le médecin-conseil prend une décision dans les 25 jours ouvrables suivant réception de la demande, et ce après un examen physique du bénéficiaire.

En l'absence de réponse du médecin-conseil dans les délais susmentionnés, la demande introduite est approuvée.

I.5.1.3. Procédure pour le renouvellement

I.5.1.3.1. Renouvellement d'une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure et accessoires/composants y afférents, pour tous les bénéficiaires

En cas de renouvellement d'une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure par une prestation avec accessoires identiques et concept identique, le dispensateur de soins introduit une notification. Cette notification comprend la prescription médicale et l'attestation de délivrance.

La prescription médicale est établie par un médecin spécialiste repris au I.5.1.1.

I.5.1.3.2. Renouvellement d'une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure et accessoires/composants y afférents avec changement de concept, pour tous les bénéficiaires

Par changement de concept, il faut entendre :

a) une modification de l'indication consécutive à une évolution anatomique et/ou fonctionnelle du bénéficiaire exigeant une autre approche du positionnement ou

b) l'évolution d'une OLF vers une ODLF (ou inversement) ou

c) l'ajout ou le retrait d'un appuie-tête et/ou d'un repose-jambes ou d'un repose-pied et/ou d'accoudoirs et/ou d'un plot d'abduction et/ou autres accessoires et/ou composants à l'exception d'un système de fixation ou

d) l'utilisation d'une nouvelle technique de conception suite à des évolutions technologiques

Renouvellement groupe cible A :

La prescription médicale est établie par un médecin spécialiste repris au I.5.1.1. et est cosignée par un ergothérapeute, ou un kinésithérapeute, ou un praticien de l'art infirmier chargé des soins quotidiens du bénéficiaire, ou par le médecin traitant.

Le dispensateur introduit une demande d'intervention de l'assurance pour le renouvellement d'une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure avec changement de concept auprès du médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire. Cette demande comporte la prescription médicale et le rapport de motivation.

Un accord du médecin-conseil est requis préalablement à la délivrance.

Renouvellement groupe cible B :

La prescription médicale est établie par un médecin spécialiste repris au I.5.1.1.

Le dispensateur de soins introduit une demande d'intervention de l'assurance pour le renouvellement d'une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure avec changement de concept auprès du médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire. Cette demande comporte la prescription médicale et le rapport de motivation.

Un accord du médecin-conseil est requis préalablement à la délivrance.

I.5.1.3.3. Renouvellement d'un châssis d'intérieur

La prestation 658910 - 658921 ne peut être renouvelée que tous les trois ans avec un maximum de quatre prestations par bénéficiaire, jusqu'à son 18ème anniversaire.

I.5.1.3.4. Renouvellement anticipé pour tous les bénéficiaires

Si l'utilisateur subit des modifications imprévisibles et importantes au niveau de la fonction du système locomoteur ou au niveau des structures anatomiques, et qu'un renouvellement anticipé s'avère nécessaire, le dispensateur peut à cet effet adresser une demande au médecin-conseil.

La demande motivée de renouvellement anticipé d'une ODLF/OLF et/ou de ses accessoires et composants comprend :

a) la prescription médicale du médecin spécialiste repris au I.5.1.1. avec justification médicale pour le renouvellement anticipé en mentionnant l'évolution de l'état anatomique et fonctionnel entre la date de la dernière délivrance et la demande de renouvellement anticipé ;

b) le rapport de motivation établi par le dispensateur de soins.

L'intervention pour remplacement anticipé ne peut être accordée pour des appareils réparables ou adaptables, pour des appareils mal confectionnés et qui ne conviennent donc pas au bénéficiaire, ou en cas de perte ou de détérioration par négligence.

Un accord du médecin-conseil est requis préalablement à la délivrance.

I.5.2. Documents

I.5.2.1. Prescription médicale

Dans la prescription médicale, le médecin spécialiste repris au I.5.1.1. (et/ou éventuellement l'équipe multidisciplinaire) décrit le diagnostic et la situation médicale actuelle (nature et sévérité des problèmes de mobilité et de positionnement et des anomalies anatomiques et/ou fonctionnelles).

La prescription médicale est signée par le prescripteur et, en fonction du groupe-cible, par un ergothérapeute et/ou un kinésithérapeute et/ou un praticien de l'art infirmier chargé des soins quotidiens du bénéficiaire et/ou le médecin traitant (voir I.5.1.2. et I.5.1.3.).

Pour établir la prescription médicale, il convient d'utiliser le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs.

Pour le groupe cible B1, il convient de joindre le rapport d'envoi du médecin qui a prescrit la voiturette manuelle de maintien et de soins ou du médecin traitant adressé au médecin spécialiste repris au I.5.1.1.

Pour le groupe cible B2, il convient de motiver de façon circonstanciée, dans la prescription médicale, le caractère exceptionnel de la situation.

I.5.2.2. Rapport de motivation

Dans le rapport de motivation, le concept de l'orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure et tous les accessoires/composants, sont décrits et motivés de façon détaillée en mentionnant les prestations correspondantes. Ce document est toujours complété par le dispensateur de soins.

Pour établir le rapport de motivation, il convient d'utiliser le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs.

I.5.2.3. Attestation de délivrance

L'attestation de délivrance est établie par le dispensateur de soins. L'attestation est signée au moment de la délivrance par le bénéficiaire ou son représentant légal, comme défini dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Pour établir l'attestation de délivrance, il convient d'utiliser le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs.

I.5.2.4. Document justificatif

Le dispensateur de soins fournit également au bénéficiaire un document justificatif qui reprend toutes les informations nécessaires (prestations, prix attesté, prix de remboursement, montant à charge du bénéficiaire, date de délivrance, nom du dispensateur de soins) dans le but d'informer le bénéficiaire.

I.6. Délais de renouvellement

Les prestations figurant au I.1. peuvent être renouvelées après un délai, à partir de la date de la délivrance précédente, de :

a) un an pour les bénéficiaires auxquels la précédente orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure a été délivrée avant le 18ème anniversaire.

b) trois ans pour les bénéficiaires auxquels la précédente orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure a été délivrée à partir du 18ème anniversaire et avant le 65ème anniversaire.

c) cinq ans pour les bénéficiaires auxquels la précédente orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure a été délivrée à partir du 65ème anniversaire.

Le délai de renouvellement pour la prestation 658910 – 658921 est de trois ans, avec un maximum de quatre prestations par bénéficiaire, jusqu'au 18ème anniversaire.

Après le renouvellement anticipé d'un accessoire et/ou d'un composant, aucun renouvellement ou renouvellement anticipé d'une orthèse d'assise et/ou de ses accessoires et/ou composants ne peut avoir lieu pendant une durée de six mois.

I.7. Cumuls et non-cumuls

Une intervention de l'assurance pour une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure et les accessoires et composants sur mesure correspondants ne peut être accordée que si l'orthèse d'assise peut être placée sur un châssis pour siège-coquille ou une base de voiturette, délivré€ en même temps que l'orthèse d'assise ou remboursé€ dans le passé.

Exclusivement pour les bénéficiaires appartenant au groupe-cible A1, une intervention de l'assurance pour une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure et les accessoires et/ou composants sur mesure correspondants est également possible si l'orthèse d'assise est placée sur un châssis d'intérieur (prestation 658910 - 658921) ou sur un tricycle orthopédique remboursé.

Pour le groupe cible A1, la prestation 658910 - 658921 peut être cumulée avec un châssis pour siège-coquille.

Les prestations 658814 - 658825 (Système de tête, mono axial) et 658836 - 658840 (Système de tête, triaxial) ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations figurant au I.1. Groupe principal II.1. Accessoires fabriqués sur mesure et I.1. Groupe principal II.2. Composants adaptés individuellement sur mesure ne peuvent être cumulées avec leurs prestations correspondantes de la réglementation relative au remboursement des aides à la mobilité et leurs adaptations.

Les prestations 658490 - 658501, 658512 - 658523, 658696 - 658700, 658814 - 658825, 658836 - 658840, 658873 - 658884 et 658895 - 658906 ne peuvent pas être cumulées avec une OLF (654776 - 654780, 654813 -654824).

Les prestations 645676-645680, 645713-645724, 645772-645783, 645912-645923, 645934-645945 et 646015-646026 peuvent être cumulées avec une orthèse d'assise pour groupe cible A1 (654754-654765 en 654776-654780) et A2 (654791-654802 en 654813-654824).

I.8. Entretien, réparation et adaptation

Pour l'entretien annuel de l'orthèse d'assise et ses accessoires et composants remboursés, un remboursement est prévu. Par cet entretien, en cas d'usage normal par le bénéficiaire, l'orthèse d'assise reste fonctionnelle et utilisable et continue à répondre aux besoins de mobilité et de positionnement du bénéficiaire.

Le montant total de l'entretien annuel est calculé sur base du prix total remboursé de l'orthèse d'assise avec les accessoires et composants remboursés.

Ce montant peut être attesté de manière scindée à différents moments d'une année. Cette intervention exclut le remboursement d'une nouvelle orthèse d'assise pendant une période de six mois.

L'entretien comprend au minimum la révision complète de l'orthèse d'assise, des accessoires et des composants tant en ce qui concerne l'aspect fonctionnel que celui de l'hygiène.

L'intervention de l'assurance pour ces coûts peut uniquement être octroyée sur base de l'attestation de délivrance. Les montants portés en compte doivent être en rapport avec les travaux exécutés.

La prestation 658954-658965 (entretien, réparation et adaptation d'un châssis d'intérieur préfabriqué) peut être attestée jusqu'au 21ème anniversaire du bénéficiaire

I.9. Critères minimums en matière de fabrication et définitions techniques

Les produits mentionnés au I.1. doivent être conformes aux critères minimums de fabrication qui sont mentionnés au L.

J. VETEMENTS COMPRESSIFS :

J.1. Prestations

Groupe principal I : Tête

Prestations de base

		Sur mesure		
641174	641185	bandage pour le menton - textile	O	169,67
641211	641222	bandage pour le menton et le cou - textile	O	233,68
641233	641244	masque complet - plastique	O	1.184,73
641255	641266	masque complet - silicone	O	1.377,38
641314	641325	masque complet - plastique avec face intérieure en silicone	O	1.894,45
641336	641340	masque complet - avec pelote de compression gonflable en silicone	O	1.992,84
641373	641384	masque partiel - plastique	O	1.066,26
641395	641406	masque partiel - silicone	O	1.239,64
641410	641421	masque partiel - plastique avec face intérieure en silicone	O	1.705,00
641432	641443	masque partiel - avec pelote de compression gonflable en silicone	O	1.789,96
644954	644965	écarteur buccal	O	95,29

Groupe principal II : Cou

Prestations de base

		Sur mesure		
641616	641620	minerve - plastique	O	992,11
641631	641642	minerve - silicone	O	1.166,48
641653	641664	minerve - plastique avec face intérieure en silicone	O	1.684,63
641675	641686	minerve - avec pelote de compression gonflable en silicone	O	1.797,46

Groupe principal III : Thorax et tronc

Prestations de base

		Sur mesure		
641690	641701	bandage abdominal - textile	O	389,12
641712	641723	bandage abdominal - silicone	O	639,13
641734	641745	veste sans manche - textile	O	676,58
641756	641760	veste sans manche - silicone	O	1.084,39

641771	641782	veste avec 1 ou 2 manches - textile	O	998,16
641793	641804	veste avec 1 ou 2 manches - silicone	O	1.571,80
641815	641826	segment soutien-gorge intégré ou non - textile	O	78,84
641830	641841	segment soutien-gorge intégré ou non - silicone	O	105,08
641852	641863	plaque thoracique jusqu'à 200 cm^2 inclus	O	506,27
641874	641885	plaque thoracique de plus de 200 cm^2	O	848,37
641896	641900	plaque thoracique avec couche intérieure en silicone jusqu'à 200 cm^2 inclus	O	694,47
641911	641922	plaque thoracique avec couche intérieure en silicone de plus de 200 cm^2	O	1.179,24
		Prestations complémentaires en silicone		
		Préfab		
641933	641944	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	63,52
641955	641966	pelote en silicone de plus de 100 cm^2, par 10 cm^2 supplémentaires	O	5,12
		Sur mesure		
641970	641981	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	313,07
641992	642003	pelote en silicone de plus de 100 cm^2, par 10 cm^2 supplémentaires	O	19,39
642154	642165	pelote de compression gonflable en silicone	O	903,93
		Groupe principal IV : Membres supérieurs		
		Prestations de base		
		Sur mesure		
642176	642180	gaine de bras complète avec épaule - textile	O	352,42
642191	642202	gaine de bras complète avec épaule - silicone	O	462,31
642633	642644	gaine de bras complète sans épaule - textile	O	244,22
642655	642666	gaine de bras complète sans épaule - silicone	O	336,86
642670	642681	gaine de bras partielle avec épaule - textile	O	244,22
642692	642703	gaine de bras partielle avec épaule - silicone	O	304,73
642714	642725	gaine de bras partielle sans épaule - textile	O	181,08
642736	642740	gaine de bras partielle sans épaule - silicone	O	250,01
		Prestations complémentaires en silicone		
		Préfab		

642751	642762	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	63,52
642773	642784	pelote en silicone de plus de 100 cm^2, par 10 cm^2 supplémentaires	O	5,12
		Sur mesure		
642795	642806	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	313,07
642810	642821	pelote en silicone de plus de 100 cm^2 par 10 cm^2 supplémentaires	O	19,39
642832	642843	pelote de compression gonflable en silicone	O	903,93
		Groupe principal V : Mains		
		Prestations de base :		
		Sur mesure		
642854	642865	gant sans doigt avec pouce - textile	O	165,57
642876	642880	gant sans doigt avec pouce - silicone	O	277,47
642891	642902	gant avec 2 à 5 doigts - textile	O	531,62
642913	642924	gant avec 2 à 5 doigts - silicone	O	570,71
642935	642946	gant avec 2 à 5 doigts - silicone correctif, éventuellement avec des strips d'extension en silicone	O	847,76
642950	642961	segment doigt, éventuellement avec silicone antiflexion	O	145,67
642972	642983	attelle-sandwich en plastique avec silicone	O	941,01
		Prestations complémentaires en silicone		
		Préfab		
642994	643005	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	63,52
643532	643543	pelote en silicone de plus de 100 cm^2, par 10 cm^2 supplémentaires	O	5,12
		Sur mesure		
643554	643565	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	313,07
643576	643580	pelote en silicone de plus de 100 cm^2, par 10 cm^2 supplémentaires	O	19,39
643591	643602	pelote de compression gonflable en silicone	O	725,58
643613	643624	barre C en silicone	O	481,10
643635	643646	webspacer en silicone	O	588,63

		Groupe principal VI : Membres inférieurs			
		Prestations de base			
		Sur mesure			
643650	643661	bas complet pour la jambe (sans pied) - textile		O	328,08
643672	643683	bas complet pour la jambe (sans pied) - silicone		O	694,02
643694	643705	bas complet pour la jambe (sans pied), avec culotte - textile	O	823,21	
644232	644243	bas complet pour la jambe (sans pied), avec culotte - silicone	O	1.330,25	
644254	644265	bas partiel pour la jambe (sans pied) - textile	O	205,01	
644276	644280	bas partiel pour la jambe (sans pied) - silicone	O	299,70	
644291	644302	bas partiel pour la jambe (sans pied), avec culotte - textile	O	689,00	
644313	644324	bas partiel pour la jambe (sans pied), avec culotte - silicone	O	1.041,35	
644335	644346	collant pour les deux jambes, avec culotte - textile	O	891,37	
644350	644361	collant pour les deux jambes, avec culotte - silicone	O	1.740,71	
644372	644383	collant partiel pour la jambe, avec culotte - textile	O	749,48	
644394	644405	collant partiel pour la jambe, avec culotte - silicone	O	1.400,66	
		Prestations complémentaires en silicone			
		Préfab			
644416	644420	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	63,52	
644431	644442	pelote en silicone de plus de 100 cm^2, par 10 cm^2 supplémentaires	O	5,12	
		Sur mesure			
644453	644464	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	313,07	
644475	644486	pelote en silicone de plus de 100 cm^2, par 10 cm^2 supplémentaires	O	19,39	
644490	644501	pelote de compression gonflable en silicone	O	725,58	
		Groupe principal VII : Pieds			
		Prestations de base			
		Sur mesure			
644630	644641	chaussette cheville et pied - textile	O	205,37	

644652	644663	chaussette cheville et pied - silicone	O	290,52
		Prestations complémentaires en silicone		
		Préfab		
644674	644685	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	57,17
644696	644700	pelote en silicone de plus de 100 cm^2, par 10 cm^2 supplémentaires	O	5,12
		Sur mesure		
644711	644722	pelote en silicone jusqu'à 100 cm^2 inclus	O	313,07
644733	644744	pelote en silicone de plus de 100 cm^2, par 10 cm^2 supplémentaires	O	19,39
644755	644766	pelote de compression gonflable en silicone	O	725,58
644770	644781	webspacer en silicone	O	529,77
		Groupe principal VIII : Accessoires		
		Préfab		
644792	644803	enfileur pour vêtement compressif pour le membre supérieur	O	46,69
644910	644921	enfileur pour vêtement compressif pour le membre inférieur	O	46,69
		Sur mesure		
644932	644943	gant avec doigts, en cas de lymphoedème	O	212,94

J.2. Dispositions générales et définitions

J.2.1. Dispositions générales

La délivrance est effectuée par le dispensateur de soins lui-même, c'est-à-dire : la prise de mesures, l'adaptation et les corrections, et la délivrance avec enfilement du vêtement compressif. La prise de mesures et l'enfilement lors de la délivrance et le cas échéant, les adaptations successives des prestations prévues au J.1, sont comprises dans le montant de l'intervention de l'assurance.

Si l'article fourni n'est pas conforme à la prescription médicale ou aux critères de fabrication, le dispensateur de soins doit y remédier sans supplément de prix. Toutefois, ceci n'est pas d'application lorsqu'il est établi qu'une modification anatomique importante est intervenue entre le moment de la commande et celui de la délivrance.

Les produits prévus au J.1. ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :
- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage ;
- six mois s'il s'agit dun renouvellement.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables suivant la date de remise de la prescription au dispensateur de soins ou, si elle est conditionnée par l'approbation du médecin-conseil, à partir de la date de cette approbation sauf en cas de force majeure démontrée.

Les produits fabriqués sur mesure repris au J.1. doivent être essayés au moins une fois avant la finition du produit à délivrer.

Les produits repris au J.1. doivent être appliqués au bénéficiaire lors de la délivrance. Ils devront faire l'objet des adaptations techniques nécessaires.

Toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien du produit doivent être fournies au bénéficiaire.

"A.R. 27.3.2025" (en vigueur 1.7.2025) + erratum M.B. 28.11.2025
" Le dispensateur de soins doit exécuter lui-même la délivrance et disposer de l'installation et de l'outillage nécessaire à la confection sur mesure et à l'essayage. Il ne peut offrir en vente, ni fournir les produits repris au J.1. sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage."

Lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au dispensateur de soins, celui-ci peut se rendre à résidence.

J.2.2. Définitions

Par 'brûlure' il faut entendre une nécrose cutanée causée par l'effet d'une énergie de nature thermique, électrique, traumatique ou chimique/médicamenteuse.

Par 'usage de vêtements compressifs', il faut entendre l'application de pression locale adaptée de manière individuelle, destinée à réguler et à contenir la cicatrisation anormale.

Par vêtement compressif, 'en textile' il faut entendre un vêtement élastique serrant et moulant, tissé ou tricoté, confectionné sur mesure qui est adapté à l'anatomie spécifique du bénéficiaire.

Par vêtement 'en silicone', il faut entendre un vêtement en silicone médical biocompatible élastique (imperméabilisation textile) serrant et moulant confectionné sur mesure qui est adapté à l'anatomie spécifique du bénéficiaire.

Par 'masque, minerve et plaque thoracique', il faut entendre la plaque de pression transparente sur mesure pour, respectivement, le visage, le cou et le thorax.

Par 'pelote en silicone', il faut entendre une pelote de compression ou une plaque, confectionnées en silicone médical biocompatible, destinée à augmenter ou optimaliser localement la pression sur les cicatrices et obtenir une occlusion de la cicatrice.

Par 'pelote de compression gonflable en silicone', il faut entendre une pelote de compression confectionnée sur mesure, en silicone médical biocompatible, qui permet, en y injectant plus ou moins d'air, de réguler ou d'optimaliser la pression locale sur la cicatrice.

Par 'gaine de bras complète', il faut entendre une gaine de bras qui s'étend du creux axillaire à l'apophyse stiloïde à hauteur du poignet.

Par 'gaine de bras partielle', il faut entendre une gaine de bras qui couvre au moins 1/3 du bras.

Par 'bas complet pour la jambe', il faut entendre un bas qui s'étend du pli fessier aux malléoles.

Par 'bas partiel pour la jambe', il faut entendre un bas qui couvre au moins 1/3 de la jambe.

Par 'enfileur', il faut entendre un dispositif d'enfilement flexible, spécifiquement développé pour résoudre les problèmes lors de l'enfilement des vêtements compressifs, qu'on appose sur la partie de corps à traiter et par-dessus lequel on enfile plus facilement le vêtement compressif. L'enfileur peut ensuite facilement être retiré d'en-dessous du vêtement compressif.

J.3. Dispositions spécifiques

J.3.1. Durée du traitement

Le traitement et le renouvellement des prestations peuvent s'étendre jusqu'à la fin de la phase de cicatrisation tout en restant limités à 24 mois maximum après l'apparition des lésions décrites au point J.4.1.

En cas de chirurgie corrective tardive (c'est-à-dire après expiration de la phase de cicatrisation décrite dans l'alinéa précédent), le traitement et le renouvellement des vêtements compressifs sont limités à 12 mois après cette nouvelle intervention chirurgicale, à condition que cette intervention soit une intervention corrective fonctionnelle et directement en rapport avec la lésion d'origine telle que décrite au point J.4.1. et que le port du vêtement compressif après l'intervention soit encore nécessaire suite à la spécificité de la lésion.

J.3.2. Prise de mesures

Le dispensateur de soins conserve toujours la fiche technique de prise de mesures du bénéficiaire, et ce, aussi bien pour les prestations confectionnées sur mesure, que pour les prestations préfab.

J.4. Indications

J.4.1. L'intervention de l'assurance pour les vêtements compressifs est uniquement octroyée pour le traitement de cicatrices hypertrophiques /de chéloïdes, pour les indications suivantes :

a. Les brûlures du troisième degré, pour lesquelles la plaie a eu besoin de plus de 3 semaines pour se fermer de manière spontanée.

b. Les brûlures du deuxième degré profond pour lesquelles la plaie a eu besoin de plus de 2 semaines pour se fermer de manière spontanée et pour lesquelles 3 des 4 critères suivants sont rencontrés : cicatrice rouge/cicatrice gonflée/démangeaisons/rétraction tissulaire avec risque de limitations fonctionnelles.

c. Les lésions cutanées profondes suite à un sepsis à méningocoques, syndrome de Lyell ou autre nécrose dermique toxique.

d. Les chirurgies reconstructives étendues au cours desquelles une greffe avec des lambeaux cutanés ou myocutanés a été effectuée.

En outre, les plaies doivent être localisées au niveau de la tête, du cou, des pieds, des mains, des articulations (avec risque de limitations fonctionnelles) ou de la région anogénitale ou la lésion doit couvrir plus de 3 % de la surface totale du corps (où 3 % ne peut pas être la somme de différentes petites lésions).

Pour les enfants qui, au moment de l'accident, n'ont pas encore atteint l'âge de 18 ans, ces conditions supplémentaires de localisation et de superficie ne sont pas d'application.

J.4.2. L'intervention de l'assurance pour la pelote de compression gonflable en silicone n'est octroyée que pour la compressothérapie des concavités situées dans la région pré-sternale, axillaire ou périclaviculaire, ou sur certaines parties du visage ou du cou, ou au niveau des mains, poignets, pieds ou chevilles.

J.4.3. L'intervention de l'assurance pour les prestations complémentaires en silicone préfab n'est octroyée que lorsqu'elles sont utilisées en combinaison avec des vêtements compressifs et lorsqu'elles sont utilisées pour augmenter ou optimaliser la pression sur les cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes et ceci au niveau des articulations (avec risque de limitations fonctionnelles) et au niveau des convexités.

J.4.4. L'intervention de l'assurance pour les prestations complémentaires en silicone sur mesure n'est octroyée que lorsqu'elles sont utilisées en combinaison avec un vêtement compressif et lorsqu'elles sont utilisées pour augmenter ou optimaliser la pression sur les cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes dans les régions concaves ou dans les régions sur lesquelles suffisamment de pression ne peut être exercée.

J.4.5. L'intervention de l'assurance pour le gant avec doigts, en cas de lymphoedème (prestation 644932-644943), n'est octroyée que lorsqu'il est utilisé en combinaison avec la veste avec 1 ou 2 manches en textile ou en silicone (prestation 641771-641782 ou 641793-641804) ou les prestations de base du groupe principal IV. Membres supérieurs.

J.4.6. L'intervention de l'assurance pour le gant avec 2 à 5 doigts - silicone correctif, éventuellement avec des strips d'extension en silicone (prestation 642935-642946), n'est octroyée qu'en cas de brûlure distale grave avec risque déclaré de rétraction et ce au niveau des phalanges ou sur plus de 50 % de la main.

J.5. Procédure de demande et documents pour l'intervention de l'assurance

J.5.1. Prescripteurs

Les prestations visées au J.1. ne sont remboursées que si elles ont été prescrites, aussi bien pour la première délivrance que pour le renouvellement, par un médecin spécialiste lié à un centre pour grands brûlés agréé par le Ministre compétent.

Quand il s'agit des indications prévues au J.4.1.d) en plus des prescriptions des médecins spécialistes précités, les prescriptions des médecins spécialistes en chirurgie plastique sont également acceptées, tant pour l'intervention reconstructive initiale que pour la chirurgie corrective tardive.

J.5.2. Procédure de demande

Pour la première délivrance ainsi qu'en cas de chirurgie corrective tardive telle que décrite au J.3.1. l'intervention de l'assurance est octroyée sur base du formulaire de notification, de la prescription médicale et de l'attestation de délivrance.

Pour les délivrances ultérieures au cours du même traitement, l'intervention de l'assurance est octroyée sur base de la prescription médicale et de l'attestation de délivrance.

Le médecin-conseil peut toujours demander des renseignements complémentaires et/ou une copie de la fiche technique de prise de mesures, au médecin prescripteur ou au dispensateur de soins.

J.5.3. Documents de demande

a. La prescription médicale

Dans la prescription médicale, le médecin indique le type et le choix de matériau du vêtement compressif qui est nécessaire au bénéficiaire.

Le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs, est utilisé pour la rédaction de la prescription.

b. Le formulaire de notification

Sur le formulaire de notification, le médecin prescripteur décrit le diagnostic, le type, l'ampleur et la localisation des lésions présentées par le bénéficiaire.

Le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs, est utilisé pour la rédaction du formulaire de notification.

c. L'attestation de délivrance

L'attestation de délivrance est rédigée par le dispensateur de soins.

Le modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs, est utilisé pour la notification.

J.6. Nombre maximum de prestations remboursables

J.6.1. Généralités

Le bénéficiaire jusqu'à son 18e anniversaire est appelé ci-après l' « enfant » et le bénéficiaire à partir de son 18e anniversaire est appelé ci-après l'« adulte ».

Le nombre maximum de pièces remboursables est différent pour les prestations de base et pour les prestations complémentaires en silicone. Ces maximums sont d'application de manière indépendante.

La délivrance des prestations est échelonnée selon les besoins fonctionnels du bénéficiaire. Au cours des trois premiers mois du traitement, au maximum la moitié du nombre maximum de prestations prévu peut être délivrée.

Pour la détermination du nombre maximum de pièces remboursables, c'est l'âge au moment de la première prestation qui compte.

J.6.2. Nombre maximum de prestations remboursables - règle générale

a. Prestations de base

L'intervention de l'assurance se limite à :

- 6 prestations de base, par groupe principal, par 24 mois, pour les adultes

- 8 prestations de base, par groupe principal, par 24 mois, pour les enfants.

En cas de chirurgie corrective tardive telle que décrite au J.3.1., l'intervention de l'assurance se limite à 3 prestations de base, par groupe principal, par 12 mois, pour les adultes et à 4 prestations de base, par groupe principal, par 12 mois, pour les enfants.

Si les lésions sont localisées sur les deux membres supérieurs ou inférieurs, sur les deux mains ou les deux pieds, alors le nombre maximum autorisé de prestations est valable par côté.

Pour le segment-doigt (prestation 642950-642961), le nombre maximum autorisé de prestations est valable par doigt.

b. Prestations complémentaires en silicone

L'intervention de l'assurance se limite à 4 prestations complémentaires en silicone, par groupe principal, par 24 mois, aussi bien pour les enfants que pour les adultes.

En cas de chirurgie corrective tardive telle que décrite au J.3.1., l'intervention de l'assurance se limite à 2 prestations complémentaires en silicone, par groupe principal, par 12 mois, aussi bien pour les enfants que pour les adultes.

Par « prestations complémentaires en silicone », sont visées les prestations 641933, 641970 et 642154 du groupe principal III, les prestations 642751, 642795 et 642832 du groupe principal IV, les prestations, 642994, 643554, 643591, 643613 et 643635 du groupe principal V, les prestations 644416, 644453 et 644490 du groupe principal VI et les prestations 644674, 644711, 644755 et 644770 du groupe principal VII.

Les prestations 641955, 641992, 642773, 642810, 643532, 643576, 644431, 644475, 644696 et 644733 concernent l'intervention de l'assurance obligatoire pour les centimètres supplémentaires à une pelote de base visée aux prestations 641933, 641970, 642751, 642795, 642994, 643554, 644416, 644453, 644674 et 644711. Ces prestations, qui vont toujours de pair avec une des prestations (pelote de base) reprises à l'alinéa premier, ne sont pas visées par « prestations complémentaires en silicone ».

J.6.3. Nombre maximum de prestations remboursables - Exceptions

L'intervention de l'assurance pour un gant, avec doigts, en cas de lymphoedème (prestation 644932-644943) se limite à 2 prestations par 24 mois, pour les adultes et à 4 prestations par 24 mois pour les enfants.

Les exceptions suivantes sont d'application aussi bien pour les enfants que pour les adultes.

En cas de lésions à la main ou au pied, l'intervention de l'assurance se limite à 8 prestations de base, du groupe principal V. Mains ou VII. Pieds, par 24 mois.

L'intervention de l'assurance pour un masque (prestations 641233-641244 à 641432-641443), une minerve (prestations 641616-641620 à 641675-641686) ou une plaque thoracique (prestations 641852-641863 à 641911-641922) se limite à 4 prestations de base par 24 mois.

L'intervention de l'assurance pour un enfileur pour vêtements compressifs pour le membre supérieur (prestation 644792-644803) ainsi que celle pour un enfileur pour vêtements compressifs pour le membre inférieur (prestation 644910-644921) se limitent toutes deux à une prestation par 24 mois.

Si la minerve (prestations 641616-641620 à 641675-641686) et le masque (prestations 641233-641244 à 641432-641443) sont confectionnés en une pièce, les deux prestations sont remboursées.

Si la minerve (prestations 641616-641620 à 641675-641686) et la plaque thoracique (prestations 641852-641863 à 641911-641922) sont confectionnées en une pièce, les deux prestations sont remboursées.

J.7. Cumuls et tarifications particulières

L'intervention de l'assurance pour les prestations complémentaires en silicone n'est accordée que lorsque ces prestations sont utilisées en combinaison avec des vêtements compressifs en textile.

Lors du cumul des prestations 'gaine de bras complète avec épaule' (prestations 642176-642180 et 642191-642202) ou 'gaine de bras partielle avec épaule' (prestations 642670-642681 et 642692-642703) avec la prestation 'gant' (prestations 642854-642865 à 642935-642946), le vêtement compressif délivré peut être constitué d'une seule partie.

Lors du cumul des prestations 'bas complet pour la jambe (sans pied), avec culotte' (prestation 643694-643705 ou 644232-644243) ou 'bas partiel pour la jambe (sans pied), avec culotte' (prestation 644291-644302 ou 644313-644324) avec la prestation chaussette 'cheville et pied' (prestation 644630-644641 ou 644652-644663), le vêtement compressif délivré peut être constitué d'une seule partie.

Lorsqu'une veste, avec ou sans manche, (prestations 641734-641745 à 641793-641804 inclus) et le segment soutien-gorge (prestations 641815-641826 à 641830-641841 inclus) sont délivrés ensemble, cela ne compte que pour une seule prestation dans le nombre maximum de prestations de base par 24 mois.

J.8. Exigences techniques et critères minimums de fabrication

Les produits mentionnés au J.1. doivent être conformes aux critères minimums de fabrication qui sont mentionnés au L.

K. Dispositions générales relatives aux prestations préfab

K.1. Dispositions générales relatives aux prestations préfab avec liste de produits admis au remboursement suivant le principe de transparence des prix

K.1.1. Ces dispositions concernent les prestations du point K.1.4. Pour être remboursés par l'assurance, les produits faisant partie de ces prestations doivent figurer sur les listes de produits admis au remboursement établies par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, suivant le principe de transparence des prix.

K.1.2. Par la notion 'suivant le principe de transparence des prix', il faut comprendre que le prix des prestations est scindé en « honoraire de délivrance », en « coût de matériel » et en « frais généraux ».

Le prix total ainsi que le prix des éléments constitutifs de ces prestations sont fixés par groupe(s) de produit homogène(s) sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédique - organismes assureurs.

K.1.3. Définitions des éléments de détermination du prix :

a) L'honoraire de délivrance comprend un montant fixe inhérent à la délivrance par un dispensateur de soins et est fixé par groupe de produits homogène sur la base du temps de travail exprimé en minutes et des services réalisés pour le groupe de produits. Par groupe de produits, on détermine ce qu'il faut entendre par service minimal.

b) Le coût standard du matériel est fixé sur la base du prix du produit, à savoir le prix au dispensateur de soins, hors TVA, des produits faisant partie du groupe de produits homogène. Le coût standard du matériel est l'intervention maximale pour le produit fourni individuellement au bénéficiaire.

Une marge de sécurité est fixée par groupe de produits. Pour les produits dont le coût est supérieur au coût standard du matériel augmenté de la marge de sécurité, le remboursement est limité à un montant fixe, appelé intervention d'enregistrement.

c) Les frais généraux sont un montant fixe qui couvre d'autres postes de frais acceptés par la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs par groupe de produits homogène.

d) La TVA pour le prix total de la prestation.

K.1.4. Procédure d'établissement et de mise à jour des listes des produits admis au remboursement 'suivant le principe de transparence des prix'.

Pour être remboursés par l'assurance maladie, les produits doivent figurer sur les listes des produits admis au remboursement approuvées par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs :

Ces listes sont mises à jour de manière continue.

Pour qu'un produit figure sur la liste des produits admis au remboursement suivant le principe de transparence des prix, le fabricant/distributeur-demandeur doit introduire, par produit demandé, un dossier auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, secrétariat de la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs ;

Le dossier doit comporter les éléments suivants :

1° un formulaire d'engagement, conforme au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs ;

2° un formulaire de demande d'admission, conforme au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs;

3° la déclaration CE de conformité;

4° la documentation relative au produit, dans les trois langues nationales, qui contient au minimum une description et une illustration précise du produit;

5° le mode d'emploi complet dans les trois langues nationales, conformément à la directive CE en vigueur;

6° le prix au dispensateur de soins (hors TVA).

Chaque demande doit être dûment complétée, datée et signée, et doit contenir tous les renseignements et documents demandés. Le secrétariat vérifie si la demande est complète. Si la demande est incomplète, le demandeur est informé dans les meilleurs délais des éléments manquants. Ce n'est que lorsque le dossier est complet qu'il est transmis à la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs

La Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs est habilitée à tout moment à réclamer toute information complémentaire qu'elle juge utile.

La Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs détermine, sur la base des caractéristiques médicales et des descriptions techniques et fonctionnelles, si le produit peut être repris sous le numéro de liste demandé.

Toute modification au produit doit être communiquée immédiatement par le demandeur au secrétariat.

Si un produit n'est plus fabriqué, le demandeur doit immédiatement en informer le secrétariat. Avant d'être supprimé de la liste, le produit concerné figurera encore sur la liste pendant un an.

K.2. Procédure de demande pour les listes de produits préfab admis au remboursement

Pour être remboursés par l'assurance maladie, les produits préfab suivants doivent figurer sur les listes de produits admis, approuvées par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs

a) prothèses mammaires externes
b) gants et gaines de bras
c) bas élastiques thérapeutiques pour la jambe
d) matériel d'incontinence
e) matériel de stomie

Ces listes sont mises à jour de manière continue.

Pour qu'un produit figure sur la liste des produits admis au remboursement, le fabricant - demandeur doit introduire un dossier auprès du Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité - Secrétariat de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs.

Le dossier doit comprendre les éléments suivants :

1. Un formulaire d'engagement, conforme au modèle fixé par le Comité de l'assurance Soins de santé sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs.

2. Un formulaire de demande d'admission, conforme au modèle fixé par le Comité de l'assurance Soins de santé sur proposition de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs.

3. La déclaration CE de conformité.

4. Un échantillon de chaque produit (une taille suffit).

5. La documentation relative au produit, dans les trois langues nationales, qui contient au moins une description du produit.

6. Le mode d'emploi complet, dans les trois langues nationales, conformément à la directive CEen vigueur.

7. Le prix au dispensateur de soins (TVA excl.) : une seule liste de prix suffit pour l'ensemble des produits faisant l'objet de la demande.

8. Pour la pompe d'irrigation (prestation 656095) : une attestation délivrée par un institut de test de laquelle il ressort que le produit répond à la norme IEC 60601-1 Appareils électromédicaux, ou équivalente.

9. Pour les gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques une attestation délivré par un institut de test de laquelle il ressort que le produit a une pression d'au moins 15 mm de mercure. Pour un gant élastique thérapeutique, une attestation pour une gaine de bras issue de la même gamme est suffisante, pour autant que les textiles utilisés pour la gaine de bras et le gant soient rigoureusement identiques.

Le formulaire d'engagement et le formulaire de demande d'admission peuvent être demandés auprès du secrétariat de la Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs au Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Chaque demande doit être dûment complétée, datée et signée et doit contenir tous les renseignements et documents demandés. Le secrétariat vérifie si la demande est complète. Si elle ne l'est pas, le demandeur est informé dans les meilleurs délais des éléments manquants. Ce n'est que lorsque le dossier est complet qu'il est transmis à la Commission de conventions technologues orthopédiques - organismes assureurs.

La Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs détermine - sur base des caractéristiques médicales, techniques et fonctionnelles décrites dans le dossier de demande - si le produit peut être repris sous le numéro de liste demandé.

La Commission de conventions technologues orthopédiques- organismes assureurs est habilitée à tout moment à demander toute information qu'elle juge utile.

La Commission de conventions technologues orthopédiques-organismes assureurs transmet la proposition d'admission sur la liste au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Chaque modification concernant un produit doit être communiquée directement au secrétariat.

Si le produit n'est plus fabriqué, le demandeur doit prévenir le secrétariat dans les plus brefs délais. Avant d'être supprimé de la liste, le produit concerné y figurera encore pendant 6 mois.

L. Critères minimums de fabrication

L.1. Cadre général

Les critères minimums de fabrication pour le secteur technologie orthopédique sont divisés en deux parties :

Au L.2. sont fixées les dispositions générales relatives aux critères minimums de fabrication pour tous les groupes de produits de l'article 27/1.

A partir du L.3. sont fixées, par groupe de produits, les dispositions spécifiques relatives aux critères minimums de fabrication. Ces dispositions spécifiques s'appliquent en plus des dispositions générales du L.2.

L.2. Critères minimums de fabrication pour tous les groupes de produits

L.2.1. Conditions générales

Tout appareil devra satisfaire à la fonction visée et mentionnée sur la prescription du médecin traitant et être conçu en tenant compte de l'état de santé, de l'âge et de la profession du patient L'appareil devra être suffisamment robuste et être conforme aux fonction et durée d'utilisation prévues.

Tout appareil pour lequel il serait constaté dans un délai de 6 mois suivant la fourniture qu'il ne répond pas à la fonction visée en raison de facteurs propres à sa fabrication, devra être adapté ou remplacé sans entraîner de coût supplémentaire pour le patient ou l'assurance maladie.

Tous les matériaux utilisés pour la fabrication des appareils d'orthopédie et de prothèses devront être de première qualité, ne présenter aucune défectuosité et n'avoir subi aucun traitement susceptible d'en dissimuler les défauts.

L.2.2. Les matériaux :

L.2.2.1. Bois :
Tous les bois utilisés doivent être sains et parfaitement secs.

L.2.2.2. Caoutchouc :
Le caoutchouc utilisé est naturel ou synthétique.

Le caoutchouc à "cellules d'air" de forte résistance, dit caoutchouc mousse, obtenu par l'insufflation dans une masse de caoutchouc en fusion d'air sous pression, peut être utilisé pour les coussinets protecteurs, semelles de pieds artificiels, semelles orthopédiques, coussins de genou, protège-pantalons, etc....

L.2.2.3. Silicones.

L.2.2.4. Cuir :
Cuir à mouler : doit être de première qualité et à tannage lent et nourri.

Cuir à courroies : le plus recommandé est le cuir demi-dosset ou flanc nourri. Cependant, pour les courroies plus souples, on utilise du veau et pour les courroies de suspension et soumises à de fortes tractions, le cuir chromé et le cuir dit sellier.

Cuir de garnissage : les peaux chamoisées doivent être traitées à l'huile. La peau de cheval ou de chèvre chromée convient pour le garnissage des cuissards et gaines d'appareils. La basane et les peaux pécarisées remplissent également cet emploi.

Les cercles métalliques sont, suivant le cas, garnis de vachette, de flanc de peau de vache, veau, ou cuir synthétique.

Parchemin : peau de vache, de chèvre, de porc ou de mouton de grande résistance.

L.2.2.5. Fibre :
Produits en fibre de carbone.

L.2.2.6. Liège :
Ecorce de chêne-liège : il doit être fin, non véreux, ni fendillé profondément; aggloméré, il doit être souple.

Il peut être composé de liège et latex aggloméré.

L.2.2.7. Métaux :
Acier : les aciers pour attelles et cercles de renfort sont des aciers demi-durs trempés.

Acier inoxydable.

Alliages : les alliages légers doivent être des alliages à haute résistance. Le duralumin convient le mieux, toutefois l'alpax et l'alumag sont utilisés pour certaines pièces de fonderie.

L.2.2.8. Matières plastiques :
Les polyéthylènes, superpolyamides, acryliques, époxy, exoprènes, dérivés du P.V.C., A.B.S.-produits, polypropylène, polyuréthanes et polycarbibates ou similaires à qualité égale, servent à la fabrication des corsets, appareils et prothèses.

Les polyuréthanes et dérivés ou similaires servent de matière de recouvrement, de protection, de compensation, etc. dans les corsets, les appareils de prothèses, les semelles et chaussures.

La résine synthétique telle que polyester, époxydes acryliques, s'utilise avec un durcisseur et du tricot tubulaire pour la confection d'appareils d'orthopédie et de prothèses. D'autres matières plus souples sont utilisées quelquefois comme garniture.

Le plastique armé : on entend par plastique armé soit une association de résines acryliques renforcées par du tissu de verre, soit des appareils fabriqués en matière plastique d'autres types, tels polyéthylènes, etc., renforcés par armure métallique.

L.2.2.9. Textiles :
Feutres : doivent être en laine de première qualité, souples pour les capitonnages et points d'appuis, comprimés pour les semelles, pieds et mains artificiels.

Molletons : en laine ou en coton de première qualité.

Tissu pour bretelles : les tissus rigides sont de coton ou de nylon. Les tissus élastiques sont du type spécial pour bandage élastique.

Tricots dits tubulaires : doivent être en tissu de coton ou de nylon de première qualité.

Coutil fort : à base de coton pur.

L.2.3. Pièces diverses :

L.2.3.1. Boulons - Vis - Pièces de décolletage :
en acier doux, non trempé. Ces mêmes pièces en matière plastique sont en superpolyamide ou toute autre matière résistante.

L.2.3.2. Boutons :
les boutons d'attache seront en laiton, acier doux ou nylon. S'ils sont en matières plastiques, ils doivent répondre aux caractéristiques reprises sous a).

L.2.3.3. Rivets :
les rivets de fixation des attelles sur les cuirs sont en cuivre rouge à large tête. Les rivets pour fixation des pièces acier sur acier sont en acier doux, de duralumin sur duralumin en aluminium ou acier doux; pour les appareils en acier inoxydable, on utilise les rivets de même matière. Les rivets tubulaires pour rivetage des courroies sur le cuir sont en laiton. S'ils sont en matière plastique, ils doivent répondre aux caractéristiques reprises en a).

L.2.3.4. Lacets :
soit en cuir résistant, soit en coton tressé ou fibre synthétique, terminés par une partie plastifiée ou en ferret.

L.2.3.5. Boucles :
sont en acier doux nickelé ou bleui de première qualité ou en matière plastique ayant une résistance équivalente à la boucle en acier convenablement rivées ou cousues à la main ou à la machine.

L.2.3.6. Articulations :
1. En général :

Les articulations des appareils d'orthopédie et de prothèses varient d'après leur emploi.

Il existe plusieurs types d'articulations :
a) Articulation pièce sur pièce : les attelles juxtaposées sont maintenues par un boulon dit orthopédique ou par une vis à portée.

Dans certaines articulations de ce type, une des attelles peut être munie d'un roulement à billes.

b) Articulation à chape : l'une des attelles comporte une chape dans laquelle s'intercale la tête de l'autre.

Elles sont reliées par une vis à portée.

Articulation à chape à roulement à billes : mêmes caractéristiques qu'à l'alinéa précédent, mais l'attelle intercalaire est munie d'un roulement à billes. Les articulations des attelles en duralumin pour adultes sont renforcées par une pièce en acier ou en nylon.

Certaines articulations pour appareils d'enfants et pilons provisoires peuvent être consolidées par une pièce décolletée et rivée.

c) Articulation à rotule freinée ou non.

d) Articulation à charnière.

e) Dans certains appareils du membre supérieur, l'articulation est formée par l'entrecroisement de fils de ressort

f) A pivot.

2. Articulations spéciales :

a) Membres supérieurs :
Du coude, à double mouvement : articulation permettant aux moignons courts, la flexion complète de l'avant-bras sur le bras.

L.2.3.7. Verrous :
Dispositifs d'arrêt automatique ou non, permettant le blocage d'une articulation.

Ils doivent, sous un minimum d'encombrement et de poids, offrir toutes les garanties de solidité, de fixité et seront montés de telle sorte qu'ils n'accrochent ni ne pincent les vêtements.

Le supplément verrou ne peut être cumulé avec le supplément genou à frein ou physiologique, sauf dans les cas spécifiques de désarticulation du genou.

L.2.3.8. Attelles et cercles :
Les attelles et cercles de renfort, etc. doivent être en rapport avec la corpulence et l'âge du malade et l'usage auquel doit répondre l'appareil. Les cercles doivent être solidement rivés ou soudés sur les attelles.

L.2.4. Divers :

L.2.4.1. Tout appareil est conçu de façon à ne pas blesser le malade; les rivets, vis etc., ne doivent pas endommager les vêtements.

L.2.4.2. Les pièces en acier sont nickelées, chromées, sablées, plastifiées, recouvertes d'un vernis spécial antirouille ou recouvertes de cuir. Il faut veiller spécialement au polissage des pièces.

L.2.4.3. Le garnissage est soigné. S'il doit être piqué, il le sera au fil de lin ou de nylon, à la main ou à la machine. Le collage est admis pour le garnissage des surfaces planes.

L ;2.4.4. Les cuirs gardant leur couleur naturelle sont nettoyés à l'acide oxalique, lissés, astiqués et vernis.

L.2.4.5. Le garnissage est soigné. S'il doit être piqué, il le sera au fil de lin ou de nylon, à la main ou à la machine. Le collage est admis pour le garnissage de surfaces planes ne nécessitant pas le repliage de la peau.

L.2.4.6. Les coutures de jonction des cuirs à mouler doivent être faites à points croisés, fil non apparent noyé dans l'épaisseur du cuir. Si elles ne sont pas cousues, elles doivent être renforcées par un cuir extérieur.

L.2.4.7. 648992-649003 : Appareil remontant jusqu'aux plateaux tibiaux, moulé en cuir avec des renforts en métal ou matière plastique. L'ouverture permettant l'introduction du membre peut être à clapet. La partie distale sera munie d'un pied du type Sach ou articulé.

L.2.4.8. Toutes les prothèses tubulaires définitives doivent être couvertes d'une garniture mousse.

L.3. Critères minimums de fabrication spécifiques pour le groupe de produits 'bandages pour hernie et ceinture abdominale'

Ces dispositions spécifiques s'appliquent en plus des dispositions générales du L.2. Elles s'appliquent à la catégorie de produits des bandages pour hernie et ceintures abdominales.

L.3.1. Bandage herniaire a ressort :

Le ressort constituant l'élément essentiel de cette catégorie de bandages devra être fabriqué suivant des normes bien définies.

L.3.1.1. Constitution du ressort :

Tôle d'acier de première qualité : allongement à l'état recuit de 10 à 14 p.c., à l'état trempé de 2 p.c.

Résistance minimale : 65 kg. Le ressort devra être trempé de façon indéformable.

L.3.1.2. Configuration :

L'épaisseur de l'acier variera en fonction de la longueur du ressort et du volume de l'hernie à contenir ainsi que de sa fluidité, et compte tenu de l'âge et de la tonicité musculaire du sujet.

La largeur du ressort variera, selon le cas, de 9 à 12 mm.

La longueur et les cols de ressort seront en correspondance rigoureuse avec les tours de corps auxquels ils sont destinés.

Les coins seront arrondis.

L.3.1.3. Garniture :

Les ressorts seront garnis de moleskine (peau de diable), tout coton, d'un poids minimum de 250 gr. au m². La garniture sera doublée, sur toute sa longueur, par un molleton de coton destiné à former matelassure.

La bande formant garniture extérieure du bandage sera en peausserie naturelle ou synthétique de bonne qualité.

Le fourreau se terminera par une courroie en cuir, trouée de trous à fente.

Les pelotes seront garnies de moleskine de coton ou de peausserie, et seront, selon le cas, de forme ovalaire, poire, bec de corbin, anatomique ou de toute autre forme appropriée au cas en présence. La plaque, découpée dans du matériau dur, sera entoilée.

La garniture intérieure sera faite en matière traitée, selon les lois de l'hygiène, soit de caoutchouc mousse moulé en forme, soit de poudrette de factice ou de toute autre matière imputrescible. Les boutons des pelotes seront en laiton ou en acier inoxydable.

Les sous-cuisses seront en moleskine, en coton-mêche ou en tissu élastique.

L.3.2. Bandage sans ressort :

La ceinture et les sous-cuisses du bandage sans ressort seront en tissu élastique spécial pour bandages, tout coton, respectivement, de 35 mm et de 18 mm de largeur minimum.

La pelote est du même type et du même achèvement que pour les bandages à ressort.

L.3.3. Ceintures et sangles médicales :

Les matériaux utilisés pour la fabrication des ceintures médico-chirurgicales et sangles devront être de premier choix, ne présenter aucun défaut et n'avoir subi aucun traitement susceptible de le dissimuler.

La qualité des matériaux utilisés ainsi que la fabrication elle-même pourront à tout moment être contrôlées aux différents stades de la fabrication.

Les ceintures et sangles seront réalisées dans les meilleures conditions de solidité, en recherchant le bien-être du malade. Leur aspect général sera net et soigné. Les parties non élastiques seront en tissu fort, tout coton ou comportant un pourcentage maximum de 20 p.c. de fibre artificielle.

Les parties élastiques seront constituées soit par des tissus élastiques damier ou vulcanisés, soit par du tricot élastique, de la côte forte ou du tricot-tulle.

Le tissu damier est composé d'une chaîne et d'une trame en fil de coton avec, à la chaîne, des fils de caoutchouc, au nombre de 8 à 10 au cm. Les fils de chaîne seront des filés de coton 4 bouts minimum.

Le montage des ceintures s'effectuera par un assemblage rationnel des diverses parties qui les constituent. Les précautions d'usage devront être prises au cours de piqûres pratiquées dans les parties élastiques, afin d'éviter la coupure des fils de gomme.

Le baleinage sera réalisé au moyen de ressorts protégés contre l'oxydation et recouverts soit de sergé ou simili coton, soit de tissu façon gomme, soit de peau.

L.4. Critères minimums de fabrication spécifiques pour le groupe de produits 'appareillage après mammectomie totale ou partielle ou en cas d'agénésie unilatérale'

Ces dispositions spécifiques s'appliquent en plus des dispositions générales du L.2. Elles s'appliquent à la catégorie de produits des appareillages après mammectomie totale ou partielle ou en cas d'agénésie unilatérale.

L.4.1 Prothèse mammaire postopératoire

-doit garder sa forme;
-est remplie d'ouate en polyuréthane;
-possibilité d'augmenter le volume;
-aucune couture ne peut être en contact avec la peau;
-doit présenter une face arrière douce et capitonnée;
-doit être disponible dans 5 tailles au moins.

L.4.2 Prothèse mammaire

L.4.2.1 Conditions générales pour les prothèses complètes :

-la prothèse mammaire épouse la forme anatomique du sein naturel;
-est livrée dans une boîte de rangement avec fond préformé;
-doit être disponible dans 8 tailles au moins;
- la partie d'injection doit être complètement plate;
-les coutures doivent être suffisamment résistantes à la pression;

L.4.2.2. Conditions particulières pour les prothèses complètes :

a) Prothèse mammaire non adhésive :

-se compose d'une ou plusieurs structures en silicone enveloppées de polyuréthane;
-présente une cavité sur la face en contact avec le corps.

b) Prothèse mammaire non adhésive à plusieurs couches :

-se compose d'au moins deux couches de silicone de densité différente qui sont séparées par une couche de polyuréthane. Le tout est compris dans une enveloppe en polyuréthane.
-la couche de silicone couvrant la face en contact avec le corps doit épouser la forme anatomique de la surface du corps.

c) Prothèse mammaire auto-adhésive :

-doit répondre aux conditions énumérées aux points a) et b);
-est munie d'un film de silicone autocollant permanent (couche adhésive).

d) Prothèse mammaire avec bandes adhésives :

-doit répondre aux conditions énumérées aux points a) et b);
-est munie d'une couture auto-agrippante pour les bandes adhésives.

L.4.2.3. Conditions pour les prothèses partielles :

a) Prothèse mammaire partielle non adhésive :

-se compose d'un gel en silicone enveloppé dans une couche de polyuréthane;
-englobe une partie du sein en fonction de la partie amputée.

b) Prothèse mammaire partielle auto-adhésive :

-se compose d'un gel en silicone enveloppé dans une couche de polyuréthane;
-englobe une partie du sein en fonction de la partie amputée;
-est munie d'un film de silicone autocollant permanent (couche adhésive).

L.4.2.4. Set de soins pour prothèse mammaire auto-adhésive :

se compose d' :
-un produit d'entretien de la prothèse, contenu minimum de 150 ml;
-un produit d'entretien de la peau, contenu minimum de 150 ml;
-les dotations trimestrielles (prothèse complète) ou semestrielles (prothèse partielle) contiennent toujours l'ensemble de ces produits.

L.5. Critères minimums de fabrication spécifiques pour le groupe de produits ‘gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques’

Ces dispositions spécifiques s’appliquent en plus des dispositions générales du L.2. Elles s’appliquent à la catégorie de produits des gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques.

La gaine de bras élastique thérapeutique et le gant :

a) ont une pression d’au moins 15 mm de mercure;
b) ne peuvent pas provoquer d’irritation cutanée;
c) doivent être indéformables;
d) doivent être faciles à entretenir;
e) doivent être élastiques en longueur et en largeur;
f) ne peuvent avoir des coutures oppressantes à l’intérieur;

g) doivent être disponibles dans un assortiment suffisamment étendu dans des mesures standards.

En outre, la gaine de bras élastique thérapeutique :

h) est munie d'une bretelle ou d'une boucle pour un soutien-gorge ou une bande en silicone.

L.6. Critères minimums de fabrication spécifiques pour le groupe de produits 'bas élastiques thérapeutiques pour la jambe'

Ces dispositions spécifiques s'appliquent en plus des dispositions générales du L.2. Elles s'appliquent à la catégorie de produits des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe.

Les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe satisfont aux normes suivantes :

Classe de compression	Compression au niveau de la cheville	
	Hpa	mmHgd
II (normal)	31-43	23-32
III (fort)	45-61	34-46
IV (extra fort)	65 >	49 >

L.7. Critères minimums de fabrication spécifiques pour le groupe de produits 'lombostats'

Ces dispositions spécifiques s'appliquent en plus des dispositions générales du L.2. Elles s'appliquent à la catégorie de produits des lombostats.

En coutil et métal :

Le lombostat devra être confectionné dans un coutil très fort, dit coutil spécial pour orthopédie et dans du tissu fort selon le modèle et le cas.

Il sera armé de ressorts en acier convenablement trempé, de baleinage approprié à chaque cas, assurant à l'ensemble la contention nécessaire.

La correction, selon la prescription, s'obtient par la façon dont le corset est conçu, coupé et assemblé, puis terminé en tenant compte des rectifications résultant des essayages.

Il sera en coutil à dos plein, avec fermeture antérieure ou bilatérale; 6 ressorts, dont 4 de 13 mm de largeur et au moins 2 de 20 mm renforceront la partie dorsale.

Dans des cas exceptionnels où la corpulence du bénéficiaire ne permet pas de placer quatre ressorts de 13 mm de largeur, ce nombre peut être réduit tout en assurant une rigidité parfaite.

Dans certains cas il sera renforcé de larges ressorts para-vertébraux de 25 mm de large formant rectangle ou par une plaque dorsale rigide.

L.8. Critères minimums de fabrication spécifiques pour le groupe de produits 'orthèses d'assise ODLF/OLF'

ces dispositions spécifiques s'appliquent en plus des dispositions générales du L.2. Elles s'appliquent à la catégorie de produits des orthèses d'assise ODLF/OLF.

L.8.1. Orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure :

L'orthèse d'assise est enveloppante (à savoir qu'elle contient au moins sur un côté la moitié du tronc dans la profondeur) de manière à ce que le plus possible de surfaces corporelles soient soutenues et que la position soit orientée. La forme de base de cette orthèse peut, en fonction du traitement visé, être constituée en une ou plusieurs parties articulées entre elles. Si une flexion et /ou une extension de hanche ajustable est nécessaire, une charnière de hanche avec secteur est fixée sur l'orthèse d'assise. Grâce à ce montage, le dossier peut être incliné par rapport à l'assise. L'orthèse d'assise peut être basculée dans sa totalité par le système de basculement du châssis.

La coquille externe de l'orthèse d'assise est constituée d'un matériau rigide et peut éventuellement contenir une vague ou un plot d'abduction rigide. Cette coquille externe peut être divisée en plusieurs segments. La face intérieure est constituée d'un matériau confortable et ce en fonction des besoins prévus.

L.8.2. Accessoires fabriqués individuellement sur mesure :

Appuie-tête moulé anatomiquement

L'appuie-tête est fabriqué sur mesure, soutient la tête et est réalisé avec un support à visée thérapeutique. L'appuie-tête est fixé sur le dossier de l'orthèse d'assise. (à combiner avec la prestation 658814 - 658825 ou 658836 - 658840).

658512-658523 Repose-bras moulé anatomiquement (par membre)

Le repose-bras est fabriqué sur mesure et fait partie de l'orthèse d'assise.

658534-658545 Repose-jambe moulé anatomiquement (par membre)

Le repose-jambe fait partie de l'orthèse d'assise.

Il comprend un segment moulé avec garnissage. L'ensemble doit être réalisé en cuir, skaï, alcantara, coating ou une autre matière comparable. Pour les enfants, la palette pose-pied doit être adaptable en hauteur afin de suivre le processus de croissance.

658556-658560 Palette pose-pied (par pied)

Palette qui soutient le pied et est adaptable en hauteur. Un segment-pied moulé peut être monté sur cette palette.

658571-658582 Repose-jambes bilatéral monobloc moulé y compris la palette pose-pieds

Ce repose-jambes est en une partie et inclut les deux jambes. Il est constitué d'une plaque dorsale et est relié dans son intégralité à l'orthèse d'assise. Cet élément comprend également une palette pose-pieds.

658593-658604 Repose-pied moulé avec fixation au pied et/ou à la cheville moulée anatomiquement (par pied)

Le segment-pied avec fixation est moulé avec un rebord et peut être pourvu d'une sangle réglable afin de fixer le pied. Ce support est positionné sur la palette pose-pied.

658615-658626 Tablette sur mesure avec système de fixation (groupe cible A1)

La tablette est composée d'une plaque en matière plastique, bois, métal ou matériau similaire, adaptée à la forme de l'orthèse d'assise et est fixée sur l'orthèse d'assise ou sur le châssis. La tablette est réglable en hauteur, et est basculante et/ou amovible.

658630-658641 Plot d'abduction amovible, fixé sur l'assise

Le plot d'abduction est amovible au moyen d'un bouton poussoir ou d'un système comparable et est monté sur l'orthèse d'assise. Ce plot est adapté aux besoins du bénéficiaire tant au niveau de la hauteur que de la largeur.

658652-658663 Barre d'appui infra-patellaire rigide et réglable en cas de défaut de posture de la hanche et/ou fixation du bassin

Le support infra-patellaire est un soutien de genou rigide et réglable.

658674-658685 Barre d'appui supra fémorale rigide et réglable

Le support supra fémoral est un soutien fémoral rigide et réglable.

658696-658700 Dossier amovible (groupe cible A1)

La fixation de dossier amovible comprend au minimum deux montants ou système comparable, fixés sur la partie dorsale. Le dossier avec fixation est relié à la partie lombaire de l'orthèse d'assise au moyen d'une fixation placée individuellement. Le dossier est amovible, ce qui permet d'enlever facilement un segment de 1/3 à 2/3 du dossier.

L.8.3. Composants adaptés individuellement sur mesure

658711-658722 Articulation hanche (par axe de rotation mécanique)

L'articulation est constituée d'une articulation en métal, qui offre la possibilité de mobiliser l'articulation de hanche en flexion ou en extension. Si le mouvement des deux membres ne peut se faire de façon indépendante, une seule articulation peut être attestée.

658733-658744 Articulation genou (par axe de rotation mécanique)

L'articulation est constituée d'une articulation en métal, qui offre la possibilité de mobiliser l'articulation de genou en flexion ou en extension. Si le mouvement des deux membres ne peut se faire de façon indépendante, une seule articulation peut être attestée.

658755-658766 Articulation cheville (par axe de rotation mécanique)

L'articulation est constituée d'une articulation en métal, qui offre la possibilité de régler l'articulation de cheville. Si le mouvement des deux membres ne peut se faire de façon indépendante, une seule articulation peut être attestée.

658770-658781 Verrou (par axe de rotation mécanique)

Le verrou est un élément monté sur l'articulation qui offre la possibilité de bloquer une articulation dans un angle bien défini. Si le mouvement des deux membres ne peut se faire de façon indépendante, une seule articulation peut être attestée.

658792-658803 Secteur (par axe de rotation mécanique)

Le secteur fait partie de l'articulation mécanique et permet d'ajuster l'angle de l'articulation. Si le mouvement des deux membres ne peut se faire de façon indépendante, une seule articulation peut être attestée.

658814-658825 Système de tête, mono axial

Le système de tête mono axial est un système réglable uniquement en hauteur et ce via un système d'articulation en métal, réglable et monté sur l'orthèse d'assise. Il est toujours doté d'un appuie-tête simple par mesure de sécurité lors des déplacements du patient.

658836-658840 Système de tête, triaxial

Le système de tête triaxial est un système permettant de régler l'appuie-tête dans les trois axes (hauteur, inclinaison et avant/arrière), et ce via un système d'articulation en métal, réglable et monté sur l'orthèse d'assise. Il est toujours doté d'un appuie-tête simple par mesure de sécurité lors des déplacements du patient.

658851-658862 Fixation du bassin

La fixation du bassin est constituée d'une ceinture avec rembourrages à hauteur de la crête pelvienne. La fixation sur l'orthèse d'assise se fait au moyen de deux sangles ajustables.

658873-658884 Fixation du thorax

La fixation de thorax comprend une plaque thoracique ou une petite veste thoracique en matière souple, cuir ou autre produit similaire, avec fixation sur l'orthèse d'assise, à hauteur du thorax et/ou du bassin et/ou latéralement.

658895-658906 Fixation de l'épaule (par épaule)

La fixation d'épaule comprend une sangle et/ou une barre de soutien qui fixe une ou deux épaules.

L.8.4. Accessoire préfabriqué

658910-658921 Châssis d'intérieur préfabriqué avec fixation par trapèze ou système de fixation similaire, jusqu'au 18ème anniversaire (groupe cible A1)

Cet accessoire est limité au groupe cible A1. Le châssis d'intérieur préfabriqué est un système qui comporte au moins 4 petites roues permettant de déplacer l'enfant à l'intérieur de la maison dans l'orthèse d'assise. La fixation de l'orthèse d'assise sur le châssis se fait au moyen d'un raccord fourni avec le châssis qui permet de retirer facilement l'orthèse. Un système d'inclinaison est également prévu. Une barre de poussée est également éventuellement présente. Le choix est effectué en fonction des critères fonctionnels et biomécaniques ainsi que des critères de la taille et du poids du bénéficiaire.

L.9. Critères minimums de fabrication spécifiques pour le groupe de produits 'vêtements compressifs'

Ces dispositions spécifiques s'appliquent en plus des dispositions générales du L.2. Elles s'appliquent à la catégorie de produits des vêtements compressifs.

L.9.1. Le vêtement compressif est toujours confectionné à partir d'une matière élastique tricotée ou tissée. Il peut être entièrement composé de textile, ou d'une combinaison de textile et de silicone, ou d'une combinaison de plastique et de silicone.

L.9.2. Le vêtement compressif en textile assure toujours une pression constante et égale sur toute la surface de peau à traiter, avec une pression minimale de 20 mm Hg garantie pendant au moins 3 mois.

L.9.3. Le vêtement en silicone est un moyen de contact additif et occlusif confectionné sur mesure d'après une prise de mesures bidimensionnelle sur patron, à partir d'une composition de tissu élastique et de silicone médical biocompatible, avec une durée de vie d'au moins 3 mois.

L.9.4. La pelote en silicone préfab est une pelote de compression ou une plaque confectionnée à partir de silicone médical biocompatible, élastique, arrêtant les UV, avec une durée de vie d'au moins 10 semaines.

L.9.5. Les prestations en silicone sur mesure et le gant sur mesure en silicone correctif sont confectionnés d'après une prise de mesures tridimensionnelle, à partir de silicone médical biocompatible, inerte et occlusif. Le silicone médical biocompatible est vulcanisé en un tout.

Les prestations en silicone sur mesure et le gant sur mesure en silicone correctif doivent avoir une durée de vie d'au moins 6 mois.

Les prestations sur mesure relatives aux pelotes en silicone et aux pelotes de compression gonflables en silicone (prestations 641970-641981 à 642154-642165, 642795-642806 à 642832-642843, 643554-643565 à 643591-643602, 644453-644464 à 644490-644501 et 644711-644722 à 644755-644766) sont confectionnées sur base d'une prise de mesures tridimensionnelle.

L.9.6. Un masque, une minerve et une plaque thoracique sont toujours confectionnés sur mesure au moyen d'une prise de mesures sous forme de plâtre ou tridimensionnelle. Ils sont confectionnés à partir de co-polyester avec de bonnes caractéristiques optiques de manière à permettre le contrôle de l'évolution cutanée. Ces plaques de compression peuvent être combinées avec une couche intérieure de silicone qui doit satisfaire aux conditions reprises au L.9.4. Un masque et une minerve peuvent aussi être constitués par une couche de silicone sur mesure couvrant le visage ou le cou, qui doit également satisfaire aux conditions reprises au L.9.4.

L.9.7. Les vêtements doivent être munis de toutes les protections nécessaires pour éviter de causer des plaies, entre autres au niveau de la fermeture éclair et des autres pièces métalliques qui les composent.

Les vestes sont pourvues d'une fermeture éclair ou d'un autre type de fermeture à l'avant ou à l'arrière.

Les zones axillaires sont pourvues d'une finition extra douce ou d'une couche intérieure.

La découpe cervicale est protégée par une bordure.

Les bas cuisse sont achevés avec une bande antidérapante.

L.9.8. L'enfileur est une housse confectionné à partir d'un matériau très lisse avec un revêtement spécial et est composé de deux épaisseurs. Ces propriétés permettent d'obtenir un produit fini extrêmement lisse et avec une grande capacité de réduction des frottements.

L.9.9. Le gant, avec doigts, en cas de lymphoedème (prestation 644932-644943) est un gant sur mesure en tricotage sur métier rectiligne assurant au moins une compression de 18 mm Hg. "