

CHAPITRE VI. - LUNETTES ET AUTRES PROTHESES DE L'OEIL, APPAREILS AUDITIFS, BANDAGES, APPAREILS ORTHOPEDIQUES ET AUTRES PROTHESES.

"A.R. 30.12.1985" (en vigueur 1.1.1986)

"Art. 27. § 1^{er}. Sont considérés comme relevant de la compétence des bandagistes (Y) :

Bandages pour hernie :

7900	601016	ombilicale (en caoutchouc)	Y	9,89
7901	601031	ombilicale	Y	38,15
7902	601053	inguinale unilatérale (en caoutchouc)	Y	9,89
7903	601075	inguinale unilatérale	Y	38,15
7904	601090	inguinale bilatérale (en caoutchouc)	Y	13,08
7905	601112	inguinale bilatérale	Y	70,85
7906	601134	scrotale, inguino-scrotale ou crurale unilatérale	Y	54,5
7907	601156	scrotale, inguino-scrotale ou crurale bilatérale	Y	98,1
7908	601171	sangle de Glénard	Y	38,15
7909	601193	bandage avec suspensoir compressif, sur mesure, pour hernie scrotale irréductible	Y	145

Ceinture abdominale sur mesure :

7910	601311	tour des hanches inférieur à 1 m	Y	81,75
7911	601333	tour des hanches de 1 m à 1,20 m	Y	98,1
7912	601355	tour des hanches de 1,21 m à 1,30 m	Y	109
7913	601370	tour des hanches supérieur à 1,30 m	Y	119,9
7914	601392	pelote pour ptose gastrique	Y	10,9
7915	601414	pelote pour ptose rénale ou hernie inguinale	Y	7,63
7916	601436	pelote pour éventration	Y	10,9 "

		<i>"A.R. 30.12.1985" (en vigueur 1.1.1986)</i>		
		"Lombostat pour affection de la colonne lombo-sacrée en coutil et métal, sur mesure :"		
"	604214 604225	<i>"A.R. 28.4.1993" (en vigueur 1.2.1993) + "A.R. 18.10.2013" (en vigueur 1.12.2013)</i> hauteur max. de 25 cm	Y	130,80
	604236 604240	hauteur de 26 cm à 30 cm	Y	141,70
	604251 604262	hauteur de 31 cm à 40 cm	Y	152,60
	604273 604284	hauteur de plus de 40 cm	Y	175
	604295 604306	dorso-lombaire avec épaulières	Y	250
	604310 604321	supplément pour plaque dorsale rigide d'une largeur minimale de 10 cm	Y	13 "
		<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + "A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 8.11.2020" (en vigueur 1.2.2021)</i>		
		"Prothèses mammaires externes après mammectomie totale ou partielle ou en cas d'agénésie unilatérale :"		
		<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000)</i> "I. Appareillage postopératoire"		
"	642213 642224	<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + "A.R. 18.10.2013" (en vigueur 1.12.2013)</i> Prothèse mammaire postopératoire	Y	17 "
		<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + "A.R. 20.7.2004" (en vigueur 1.10.2004)</i> "II. Appareillage provisoire (première prothèse mammaire)"		
		<i>"A.R. 20.7.2004" (en vigueur 1.10.2004)</i> "A. Prothèse mammaire complète."		
"	642235	<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + "A.R. 13.2.2006" (en vigueur 1.10.2004) + "A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)</i> Première prothèse mammaire complète non adhésive, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	Y	130 "
"	642515	<i>"A.R. 20.7.2004" (en vigueur 1.10.2004) + "A.R. 13.2.2006" (en vigueur 1.10.2004) + "A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)</i> Première prothèse mammaire complète non adhésive à plusieurs couches, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	Y	130
	642530	Première prothèse mammaire complète auto-adhésive, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	Y	130
	642552	Première prothèse mammaire complète avec bandes adhésives, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	Y	130

	642574	Première prothèse mammaire complète sur mesure, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	Y	130 "
		<i>"A.R. 20.7.2004" (en vigueur 1.10.2004)</i> "B. Prothèse mammaire partielle."		
"	642250	<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + "A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)</i> Première prothèse mammaire partielle non adhésive, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	Y	128 "
		<i>"A.R. 20.7.2004" (en vigueur 1.10.2004) + "A.R. 13.2.2006" (en vigueur 1.10.2004) + "A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)</i>		
"	642596	Première prothèse mammaire partielle auto-adhésive, au moins 6 semaines après l'intervention ou en cas d'agénésie unilatérale	Y	128 "
		<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000)</i> "III. Appareillage définitif		
		A. Prothèse mammaire complète."		
"	642272	<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + "A.R. 13.2.2006" (en vigueur 1.10.2004)</i> Prothèse mammaire complète non adhésive	Y	130
	642294	Prothèse mammaire complète non adhésive à plusieurs couches	Y	130
	642316	Prothèse mammaire complète auto-adhésive	Y	130
	642331	Prothèse mammaire complète avec bandes adhésives	Y	130 "
"	642611	<i>"A.R. 20.7.2004" (en vigueur 1.10.2004) + "A.R. 13.2.2006" (en vigueur 1.10.2004)</i> Prothèse mammaire complète sur mesure	Y	130 "
		<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000)</i> "B. Prothèse mammaire partielle.		
	642353	Prothèse mammaire partielle non adhésive	Y	128
	642375	Prothèse mammaire partielle auto-adhésive	Y	128 "
		<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000)</i> "C. Accessoires pour prothèses mammaires."		
"	642390	<i>"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + "A.R. 13.2.2006" (en vigueur 1.10.2004)</i> 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)	Y	11

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) "	Y	22
	"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + Supprimée par A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.3.2021) "IV. Gaine de bras pour lymphoedème après mammectomie totale ou partielle avec évidement à l'aisselle		
642434	Supprimée par A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.3.2021)		
642456	Supprimée par A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.3.2021)		
642471	Supprimée par A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021)		
642493	Supprimée par A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021) "A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021) "Gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques : GAUCHE"		
	"A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.3.2021) "Prefab:		
654054	Gaine de bras sans gant	Y	35,54
654172	Gaine de bras avec gant sans doigts	Y	45,70
654253	Gant sans doigts	Y	29,87
654334	Gant avec doigts ouverts/fermés	Y	66,82 "
	"A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021) "Sur mesure :		
654452	Gaine de bras confectionnée individuellement sans gant	Y	98,49
654872	Gaine de bras confectionnée individuellement avec gant sans doigts	Y	121,19
654916	Gaine de bras confectionnée individuellement avec gant avec doigts ouverts/fermés	Y	189,14
654953	Gant confectionné individuellement sans doigts	Y	56,26
655211	Gant confectionné individuellement avec doigts ouverts/fermés	Y	138,78

DROITE

*"A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.3.2021)**"Prefab :*

654076	Gaine de bras sans gant	Y	35,54
654194	Gaine de bras avec gant sans doigts	Y	45,70
654275	Gant sans doigts	Y	29,87
654356	Gant avec doigts ouverts/fermés	Y	66,82 "
<i>"A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021)</i>			
<i>"Sur mesure :</i>			
654474	Gaine de bras confectionnée individuellement sans gant	Y	98,49
654894	Gaine de bras confectionnée individuellement avec gant sans doigts	Y	121,19
654931	Gaine de bras confectionnée individuellement avec gant avec doigts ouverts/fermés	Y	189,14
654975	Gant confectionné individuellement sans doigts	Y	56,26
655233	Gant confectionné individuellement avec doigts ouverts/fermés	Y	138,78

*A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)***"Bas élastiques thérapeutiques pour la jambe**

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	Y	16,94
769856	Bas AD, jambe gauche, classe III ou IV	Y	16,94
Sur mesure :			
769871	Bas AD, jambe gauche, classe II	Y	16,94
769893	Bas AD, jambe gauche, classe III	Y	16,94
769915	Bas AD, jambe gauche, classe IV	Y	16,94

		DROITE		
		1.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied et la jambe jusqu'au genou (AD)		
		Prefab :		
	769930	Bas AD, jambe droite, classe II	Y	16,94 "
"	769952	A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + Erratum M.B. 5.6.2015 Bas AD, jambe droite, classe III ou IV	Y	16,94 "
		A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) "Sur mesure :		
	769974	Bas AD, jambe droite, classe II	Y	16,94
	769996	Bas AD, jambe droite, classe III	Y	16,94
	770571	Bas AD, jambe droite, classe IV	Y	16,94
		2. Bas cuisse (par jambe traitée)		
		GAUCHE"		
		A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + Erratum M.B. 5.6.2015 "2.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aîne (AG)"		
		A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) "Prefab :		
	769016	Bas AG jambe gauche, classe II	Y	28,80
	769031	Bas AG jambe gauche, classe III ou IV	Y	28,80
		Sur mesure :		
	769053	Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe II	Y	77,03
	769075	Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	87,75
	769090	Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	87,75 "
		A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + Erratum M.B. 5.6.2015 "2.2. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aîne avec fixation à la hanche (AG-T)"		
		A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) "Prefab :		
	769112	Bas AGT jambe gauche, classe II	Y	35,50
	769134	Bas AGT jambe gauche, classe III ou IV	Y	35,50

769156	Sur mesure : Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe II	Y	58,27
769171	Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	58,27
769193	Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	102,48
	DROITE" A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + Erratum M.B. 5.6.2015 "2.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine (AG)" A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) "Prefab :		
769215	Bas AG jambe droite, classe II	Y	28,80
769230	Bas AG jambe droite, classe III ou IV	Y	28,80
	Sur mesure :		
769252	Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe II	Y	77,03
769274	Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	87,75
769296	Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	87,75 "
	A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + Erratum M.B. 5.6.2015 "2.2. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine avec fixation à la hanche (AG-T)" A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) "Prefab :		
769311	Bas AGT jambe droite, classe II	Y	35,50
769333	Bas AGT jambe droite, classe III ou IV	Y	35,50
	Sur mesure :		
769355	Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe II	Y	58,27
769370	Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	58,27
769392	Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	102,48

	3. Collant		
	3.1. Collant pour les deux jambes (AT)		
769414	Prefab : Bas AT, classe II	Y	56,93
769436	Bas AT, classe III ou IV	Y	56,93
769451	Sur mesure : Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe II	Y	122,58
769473	Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	133,29
769495	Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	133,29
	GAUCHE		
	3.2. Mono Collant avec culotte complète (Mono AT)		
769510	Prefab : Mono Bas AT jambe gauche, classe II	Y	64,30
769532	Mono Bas AT jambe gauche, classe III ou IV	Y	64,30
769554	Sur mesure : Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe II	Y	200,94
769576	Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	225,73
769591	Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	241,13
	DROITE		
	3.2. Mono Collant avec culotte complète (Mono AT)		
769613	Prefab : Mono Bas AT jambe droite, classe II	Y	64,30
769635	Mono Bas AT jambe droite, classe III ou IV	Y	64,30
769650	Sur mesure : Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe II	Y	200,94
769672	Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	225,73
769694	Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	241,13

	4. Pantalon de compression (FT)		
769716	Sur mesure : Pantalon de compression, tricotage sur métier rectiligne, classe II, III ou IV	Y	215,01
	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)		
769753	Prefab : Bas AD, jambe gauche, classe III ou IV	Y	16,94
769775	Sur mesure : Bas AD, jambe gauche, classe III ou IV	Y	16,94
	DROITE		
	1.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied et la jambe jusqu'au genou (AD)		
769790	Prefab : Bas AD, jambe droite, classe III ou IV	Y	16,94
769812	Sur mesure : Bas AD, jambe droite, classe III ou IV	Y	16,94
	2. Bas cuisse (par jambe traitée)		
	GAUCHE		
	2.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aîne (AG)		
770593	Prefab : Bas AG jambe gauche, classe III ou IV	Y	28,80
770615	Sur mesure : Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	87,75
770630	Bas AG jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	87,75
	2.2. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aîne avec fixation à la hanche (AG-T)		
770652	Prefab : Bas AGT jambe gauche, classe III ou IV	Y	35,50

770674	Sur mesure : Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	58,27
770696	Bas AGT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	102,48
DROITE			
2.1. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine (AG)			
770711	Prefab : Bas AG jambe droite, classe III ou IV	Y	28,80
770733	Sur mesure : Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	87,75
770755	Bas AG jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	87,75
2.2. Bas élastique thérapeutique pour le pied, la jambe et la cuisse jusqu'à l'aine avec fixation à la hanche (AG-T)			
770770	Prefab : Bas AGT jambe droite, classe III ou IV	Y	35,50
770792	Sur mesure : Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	58,27
770814	Bas AGT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	102,48
3. Collant			
3.1. Collant pour les deux jambes (AT)			
770836	Prefab : Bas AT, classe III ou IV	Y	56,93
770851	Sur mesure : Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y	133,29
770873	Bas AT, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y	133,29
GAUCHE			
3.2. Mono Collant avec culotte complète (Mono AT)			
770895	Prefab : Mono Bas AT jambe gauche, classe III ou IV	Y	64,30

770910	Sur mesure : Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y 225,73
770932	Mono Bas AT jambe gauche, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y 241,16
	DROITE 3.2 Mono Collant avec culotte complète (Mono AT)	
770954	Prefab : Mono Bas AT jambe droite, classe III ou IV	Y 64,30
770976	Sur mesure : Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe III	Y 225,73
771352	Mono Bas AT jambe droite, tricotage sur métier rectiligne, classe IV	Y 241,16
	Accessoires pour les bas élastiques thérapeutiques remboursables du sous-groupe 1 et sous-groupe 2	
769731	Intervention forfaitaire unique pour un enfileur de bas	Y 33,49 "
	"A.R. 28.3.1995" (en vigueur 1.4.1995) "Semelle orthopédique :	
	Sur mesure :"	
	"A.R. 28.3.1995" (en vigueur 1.4.1995) + "A.R. 18.10.2013" (en vigueur 1.12.2013) + "A.R. 8.11.2020" (en vigueur 1.2.2021)	
" 604575 604586	Semelle orthopédique adaptée individuellement, après prise des mesures et d'empreinte sous forme de plâtre ou en mousse, effectuée par le dispensateur même ou par le médecin prescripteur	Y 18,35 "
	"A.R. 28.3.1995" (en vigueur 1.4.1995) "On entend par semelle orthopédique adaptée individuellement une semelle orthopédique faite à partir soit d'un matériau préformé et de base soit d'un matériau de base."	
	"A.R. 28.2.1999" (en vigueur 1.5.1999) "La prise d'une empreinte doit être réalisée par moulage de correction ou empreinte en mousse de correction éventuellement complétée d'une analyse informatique ou d'un calque."	
	"A.R. 28.3.1995" (en vigueur 1.8.1995) "Matériel individuel pour l'administration à domicile de produits mucolytiques en cas de mucoviscidose :	
604450	Appareil à aérosol	Y 175,46
604472	Vibromasseur	Y 200,66
604494	Appareil ultrasonique complet avec accessoires	Y 849,04

604516	Statif roulant	Y	119,80
604531	Support de tente et tente	Y	104,82
604553	Respirateur pour ventilation à pression positive intermittente	Y	569,02 "
Canule trachéale : Supprimé par A.R. 14.5.2009 (en vigueur 1.8.2009)			
<i>"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 29.11.1996" (en vigueur 1.1.1997)</i>			
"Matériel pour incontinence :			
640010	Etui pénien conique avec bandes adhésives ou système collant (système en deux parties) Dotation : 90 pièces/3 mois LISTE 0010	Y	2,25
640032	Etui pénien auto-adhésif (système en une partie) Dotation : 90 pièces/3 mois LISTE 0032	Y	2,87
640054	Etui pénien auto-adhésif, muni d'une collerette anti-reflux, muni ou non d'un embout amovible Dotation : 90 pièces/3 mois LISTE 0054"	Y	3,75
"	640076 <i>"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992)</i> 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 0076"	Y	2,75
"	640091 <i>"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 29.11.1996" (en vigueur 1.1.1997)</i> 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 0091"	Y	1,25
"	640172 <i>"A.R. 10.6.1998" (en vigueur 1.11.1998)</i> Conteneur de nuit, y compris bouchon, 3 tubes avec connecteurs rotatifs, 3 adaptateurs universels et housse protectrice Dotation : 1 set/3 mois LISTE 0172"	Y	25
<i>"A.R. 10.6.1998" (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.1.2016)</i> "La prestation 640172 n'est pas cumulable avec les prestations 640091, 640231 et 640916."			

"	640231	<p><i>"A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.1.2016)</i> 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 0231</p> <p>La prestation 640231 n'est pas cumulable avec les prestations 640076, 640091 et 640172."</p> <p><i>"A.R. 10.6.1998" (en vigueur 1.11.1998)</i> "Accessoire pour matériel d'incontinence."</p>	Y	27,41
"	640216	<p><i>"K.B. 15.10.2001 (en vigueur 1.1.2002)</i> Intervention forfaitaire pour film protecteur pour une période de traitement de minimum 3 mois</p>	Y	12,75 "
	640113	<p><i>"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 29.11.1996" (en vigueur 1.1.1997)</i> "Urinal ambulatoire avec ceinture, anneaux et porte-pénis</p> <p>Ceinture avec anneaux et porte-pénis Dotation : 1 pièce/6 mois LISTE 0113"</p>	Y	35
"	640135	<p><i>"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992)</i> Poche doublée avec écoulement et système anti-reflux Dotation : 35 pièces/3 mois LISTE 0135"</p>	Y	3,85
"	640150	<p><i>"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 29.11.1996" (en vigueur 1.1.1997)</i> Porte-pénis Dotation : 25 pièces/3 mois LISTE 0150"</p> <p><i>"A.R. 10.6.1998" (en vigueur 1.11.1998)</i> "Urinal ambulatoire avec système de fixation du préservatif, système de fixation adapté, étui pénien et poche de jambe en cas de rétraction du pénis :</p>	Y	4,37
	641535	<p>Système de fixation du préservatif en silicone Dotation : 1 pièce/6 mois LISTE 1535</p>	Y	39
	641550	<p>Système de fixation pour urinal ambulatoire Dotation : 1) 3 pièces/3 mois lors de la première fourniture 2) 1 pièce/3 mois à partir de la deuxième fourniture LISTE 1550</p>	Y	14,54
	641572	<p>Etui pénien Dotation : 6 pièces/3 mois LISTE 1572</p>	Y	19,57

641594	Poche de jambe Dotation : 20 pièces/3 mois LISTE 1594	Y	5
	Les prestations 641535, 641550, 641572 et 641594 sont cumulables uniquement entre elles."		
	"A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021) Intervention forfaitaire pour les patients 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	Y	2,1"
	"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 29.11.1996" (en vigueur 1.1.1997) "Matériel pour stomie :		
	"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 29.11.1996" (en vigueur 1.1.1997) + Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021) <u>I. Systèmes de soins pour colostomie et/ou iléostomie et fistules du système intestinal</u>		
640253	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)		
640275	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)		
640290	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)		
"	640371	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
"	640393	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	640415	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
"	640430	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	640452	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	640474	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	640511	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
"	640533	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
"	640555	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
"	640570	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	640636	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	640651	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	640695	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	

640710	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021) "A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021) "I. 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.	Y 582,39
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	Y 474,39
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.	Y 509,19
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.	Y 401,19
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.	Y 565,80
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. "A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 29.11.1996" (en vigueur 1.1.1997) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.1.2016) + Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021) <u>"II. Systèmes de soins pour urétérostomie et/ou cystostomie et fistules des voies urinaires et/ou néphrostomie"</u>	Y 457,80
640813	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
640835	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
640850	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
640872	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
640894	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
640953	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	

640975	<i>Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)</i>	
" 640916	<i>Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)</i>	
" 640931	<i>Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)</i>	
640990	<i>Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)</i>	
	<i>" A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)</i>	
	<i>"II. Interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie en cas d'utilisation de systèmes cutanés convexes/concaves</i>	
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.	Y 721,08
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.	Y 613,08
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.	Y 647,88
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.	Y 539,88
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.	Y 704,49
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.	Y 596,49

	"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 29.11.1996" (en vigueur 1.1.1997) + Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	<u>"III. Accessoires pour matériel de stomie</u>	
641012	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
" 641071	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
641093	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
" 641115	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
" 641152	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	"
	"A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021) "III. 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 1 ^{ère} délivrance ambulatoire.	Y 663,63
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.	Y 590,43
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.	Y 647,04
	"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	<u>"IV. Systèmes de soins pour situations exceptionnelles en cas de stomie et/ou fistules des voies urinaires et du système intestinal</u>	
641196	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
" 641270	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
" 641292	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
640732	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
640754	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
640776	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
641351	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
" 640791	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
641465	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	

641480	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
641502	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
641524	Supprimée par A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	"A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	"IV. 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.	Y 802,32
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.	Y 729,12
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 4 ^{ème} mois à compter de la date de la 1ère délivrance ambulatoire.	Y 785,73
	"A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021)	
	"V. Interventions spécifiques maximales de l'assurance pour l'irrigation	
656073	Intervention spécifique maximale de l'assurance pour un set d'irrigation manuelle, par 6 mois.	Y 105,36
656095	Intervention spécifique maximale de l'assurance pour une pompe d'irrigation pour colostomie, par période de 36 mois	Y 255
	VI. 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.	Y 3,25
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.	Y 3,25 "

"A.R. 3.7.2014" (en vigueur 1.9.2014)

§ 1^{er}bis. Dispositions générales relatives aux prestations préfab avec liste de produits admis au remboursement suivant le principe de transparence des prix

A. Ces dispositions concernent les prestations du point D. 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.

B. 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 bandagistes - organismes assureurs.

C. Définitions des éléments de détermination du prix :

C.1. L'honoraire de délivrance comprend un montant fixe inhérent à la délivrance par un prestataire agréé 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.

C.2. Le coût standard du matériel est fixé sur la base du prix du produit, à savoir le prix au prestataire, 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.3. Les frais généraux sont un montant fixe qui couvre d'autres postes de frais acceptés par la Commission de conventions bandagistes - organismes assureurs par groupe de produits homogène.

C.4. La TVA pour le prix total de la prestation.

D. 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 bandagistes - 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 bandagistes - 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 bandagistes - 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 bandagistes - 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 (93/42/CE-annexe 1re, point 13, de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux);

6° le prix au prestataire (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 bandagistes - organismes assureurs.

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

La commission de conventions bandagistes - 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."

A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021)

§ 2. Les prestations visées au § 1^{er} ne sont remboursées, que si elles ont été prescrites par un médecin, tant pour la première fourniture que pour le renouvellement, sauf mention contraire.

Les prestations mentionnées aux points a, b et c ci-dessous ne sont remboursées que si elles sont prescrites par les médecins-spécialistes suivants :

- a) Les gaines de bras et les gants élastiques thérapeutiques doivent être prescrits par les médecins dont il est question au § 12ter, 2.
- b) la prestation 604575 (semelle orthopédique) doit être prescrite par un médecin-spécialiste en chirurgie, en chirurgie orthopédique, en neurochirurgie, en médecine physique et en réadaptation, en rhumatologie, en pédiatrie, en neurologie ou en neuropsychiatrie.
- c) lors de la première délivrance, les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 doivent être prescrits par les médecins dont il est question au § 12bis, 2., a). "

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) " + A.R.16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021) "

"En cas de renouvellement du matériel d'incontinence et des prestations 642390 et 642412, aucune prescription médicale n'est exigée."

"A.R. 16.7.2020 (en vigueur 1.4.2021) "

"Les dispositions relatives à la prescription du matériel de stomie figurent au § 12quater, 4.1"

"A.R. 28.4.1993" (en vigueur 1.2.1993)

§ 3. 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."

"A.R. 30.12.1985" (en vigueur 1.1.1986) + "A.R. 28.4.1993" (en vigueur 1.2.1993)

§ 4. 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.R. 30.12.1985" (en vigueur 1.1.1986) + "A.R. 28.4.1993" (en vigueur 1.2.1993)

§ 5. Les bandes plâtrées utilisées pour le moulage nécessaire à la confection des semelles orthopédiques sont portées en compte à l'assurance et remboursées en supplément de ces semelles, conformément au tarif de remboursement prévu pour ces bandes dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité."

"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 28.4.1993" (en vigueur 1.2.1993)

§ 6. 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 fourniture 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."

"A.R. 28.3.1995" (en vigueur 1.4.1995) + "A.R. 28.2.1999" (en vigueur 1.5.1999) + "A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000)

§ 7. La semelle orthopédique est remboursée lorsqu'elle est nécessaire au traitement orthopédique."

"A.R. 28.3.1995" (en vigueur 1.4.1995)

"Le remplacement de la semelle orthopédique ne peut se faire qu'après un délai de deux ans suivant la date de la fourniture antérieure. Toutefois, ce délai est ramené à un an pour les bénéficiaires dont la dernière fourniture a été exécutée avant leur dix-huitième anniversaire."

"A.R. 9.9.1993" (en vigueur 23.10.1993) + "A.R. 18.10.2013" (en vigueur 1.12.2013)

§ 8. Le renouvellement d'un lombostat en coutil et métal (604214-604225, 604236-604240, 604251-604262, 604273-604284, 604295-604306 et 604310-604321) ne peut se faire qu'après un délai ."

"A.R. 9.9.1993" (en vigueur 23.10.1993)

"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 et avant leur vingt et unième anniversaire;

c) de quatre ans pour les bénéficiaires dont l'appareil précédent a été fourni après leur vingt et unième anniversaire."

"A.R. 28.4.1993" (en vigueur 1.2.1993)

"Le prix fixé pour un lombostat en coutil et métal comprend la garantie d'un an sur la qualité. Les frais pour réparation, entretien et adaptation pendant cette année résultant de l'utilisation et/ou de modifications anatomiques ne sont pas compris dans ce prix."

"A.R. 28.3.1995" (en vigueur 1.8.1995) "A.R. 8.11.2020" (en vigueur 1.2.2021)

§ 8bis. La prescription pour une première fourniture précisera, pour le médecin-conseil, les éléments qui ont permis au médecin de poser le diagnostic de mucoviscidose. "

"A.R. 28.3.1995" (en vigueur 1.8.1995)

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

L'intervention couvre les frais de fourniture 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.

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."

"A.R. 14.1.2022" (en vigueur 1.4.2021)

§ 9. 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 fourniture.

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. "

"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.1.2016) + "A.R. 16.7.2020" (en vigueur 1.4.2021)

§ 10. Pour être remboursés par l'assurance, les produits pour incontinence urinaire doivent figurer sur les listes de produits admis approuvées par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs."

"A.R. 3.6.1992" (en vigueur 1.4.1992)

§ 11. En ce qui concerne les prestations visées au § 9, 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."

"A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

§ 11bis. Les prothèses mammaires externes et leurs accessoires sont uniquement remboursés après mammectomie totale ou partielle ou en cas d'agénésie unilatérale."

"A.R. 20.7.2004" (en vigueur 1.10.2004) + "A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 18.10.2013" (en vigueur 1.12.2013)

"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."

"A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"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."

"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + "A.R. 20.7.2004" (en vigueur 1.10.2004)

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

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."

"A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"Après l'amputation du second sein, deux nouvelles prothèses mammaires doivent être délivrées."

"A.R. 20.7.2004" (en vigueur 1.10.2004)

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

"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000) + "A.R. 8.11.2020" (en vigueur 1.2.2021)

"Pour être remboursées par l'assurance, les prothèses mammaires externes doivent figurer sur les listes de produits admis approuvées par le Comité de l'assurance soins de santé sur la proposition de la Commission de conventions bandagistes-organismes assureurs."

§ 12. Supprimé par A.R. 14.5.2009 (en vigueur 1.8.2009)

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)

"§ 12bis. Dispositions spécifiques pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe."

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + Erratum M.B.5.6.2015"

"1. Indications"

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)

"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.

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + "A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021)
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.

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)

2. Prescripteurs

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + "A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021)
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.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)

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

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + "A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021)
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.

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)

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

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) + "A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021)
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.

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)

3. Règles spécifiques

a) 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.

b) 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.

c) Pour être remboursés par l'assurance, les bas élastiques thérapeutiques prefab pour la jambe doivent figurer sur les listes de produits admis approuvées par le Comité de l'assurance, sur proposition de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs.

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)) + "A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021) + "A.R. 6.9.2021 (en vigueur 1.11.2021)

d) A chaque délivrance de bas élastiques thérapeutiques pour la jambe, les mesures du bénéficiaire doivent être prises. Le prestataire 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.

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015))

e) 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.

4. Délais de renouvellement et règles de tarification"

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015) "A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021)

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. "

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015))

"c) Non-cumul"

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)) + "A.R. 8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021))

"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.

"A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015))

5. Formulaires

5.1. Prescription médicale

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 bandagistes-organismes assureurs doit être utilisé.

5.2. Attestation de délivrance

L'attestation de délivrance est rédigée par le prestataire. 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 bandagistes-organismes assureurs, doit être utilisé.

6. Critères minimum de fabrication

Les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe satisfont aux normes suivantes :

Classe de compression	Compression au niveau de la cheville	
	Hpa	mmHg
II (normal)	31-43	23-32
III (fort)	45-61	34-46
IV (extra fort)	65 >	49 >

Tout sur-mesure doit être confectionné en tricotage sur métier rectiligne, à l'exception des bas AD."

"A.R. 8.11.2020" (en vigueur 1.2.2021)

"§ 12ter. Dispositions spécifiques pour les gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques:

1. 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

2. 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.

3. Règles d'application spécifiques

a) 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 proximale 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).

b) Pour être remboursés par l'assurance, les gaines de bras et les gants élastiques thérapeutiques préfabriqués doivent être inscrits sur les listes des produits admis approuvées par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions bandagistes-organismes assureurs.

c) Lors de chaque fourniture de gaines de bras et de gants élastiques thérapeutiques, le bandagiste agréé doit prendre les mesures du bénéficiaire. Le bandagiste agréé 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.

d) 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 5.1.) et un rapport motivé du bandagiste agréé incluant le schéma de mesures (cfr. point 5.3).

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

4. 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.

5. Formulaires

5.1. Prescription médicale

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 bandagistes-organismes assureurs doit être utilisé.

5.2. Attestation de délivrance

L'attestation de délivrance est rédigée par le bandagiste agréé. 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 bandagistes-organismes assureurs, doit être utilisé.

5.3. 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 bandagistes-organismes assureurs, ou un schéma de mesures équivalent du fabricant, doit être utilisé.

6. Critères minimum de fabrication

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.

"A.R. 16.7.2020" (en vigueur 1.4.2021)

"§ 12quater. Dispositions spécifiques pour le matériel de stomie

1. Définitions

1.1 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.

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 excréments 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 excréments).

1.2 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 bandagiste agréé au bénéficiaire dans le cadre de l'intervention de l'assurance prévue au § 1er. Le prix public est déterminé individuellement par produit et est, pour chaque produit, mentionné sur la liste des produits admis au remboursement.

2. Conditions de remboursement

2.1 Généralités

Le bénéficiaire a droit à une intervention maximale de l'assurance par période, par stomie ou fistule telle que déterminée au point § 1er et selon les modalités du point 2.2. 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 bandagiste agréé ne peut délivrer des dispositifs de stomie que pour une période de 3 mois maximum. Pendant le premier trimestre, il doit y avoir au minimum 2 contacts en face-à-face (présence physique) entre le patient et le bandagiste agréé.

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 point 2.3.

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.

2.2 Interventions maximales de l'assurance

2.2.1 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.

2.2.2 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 patients qui ont besoin de systèmes cutanés convexes/concaves. Ces interventions nécessitent une prescription médicale sur laquelle le médecin-prescripteur indique la nécessité de ce type de matériel (cf.4.3.).

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.

2.2.3 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 patients 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 excréments 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 4^{ème} mois à compter de la date de la première délivrance ambulatoire (cf. 4.4.).

2.3 Irrigation manuelle ou mécanique

L'intervention spécifique maximale de l'assurance pour un set d'irrigation manuelle (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 colostomie (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.

2.4 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 § 1er, matériel pour stomie, VI., 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.

3. Dispositions spécifiques pour le prestataire

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

Le bandagiste agréé conseille le bénéficiaire sur le choix, le placement et le remplacement des dispositifs de stomie.

Le bandagiste agréé conseille le bénéficiaire dans le choix :

a) du système, qui peut être en une ou deux parties. Le bandagiste agréé tient compte notamment du volume du système collecteur, de la présence éventuelle d'un filtre, des caractéristiques du matériel 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 bandagiste agréé tient compte notamment de l'ouverture de la stomie, du matériel 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 bandagiste agréé informe le bénéficiaire en particulier des complications pouvant survenir lors de l'utilisation des dispositifs de stomie.

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

4. Procédure et documents

4.1 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 § 1er, matériel pour stomie, I, II, III et IV.),

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 (prestations visées sous § 1er, matériel pour stomie, II, III et IV.).

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.

"A.R. 16.7.2020" (en vigueur 1.4.2021) + "A.R. 14.1.2022" (en vigueur 1.4.2021)
"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 bandagistes - 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."

"A.R. 16.7.2020" (en vigueur 1.4.2021)
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.

4.2 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 bandagiste agréé le plus vite possible avec un délai maximal de 40 jours à partir de la date de délivrance.

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

4.3 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. 2.2.2.).

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 un an. 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. 4.2.).

4.4 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. 2.2.3.).

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 6 mois pour une première demande ou 2 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. 4.2.).

4.5 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 bandagiste agréé 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 bandagistes – organismes assureurs, doit être utilisé.

4.6 Carnet du patient

Le carnet du patient doit être fourni au patient lors de la première délivrance par le bandagiste agréé 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 patient de pouvoir suivre l'utilisation des interventions de l'assurance qui lui sont octroyées et d'autre part, au bandagiste agréé d'avoir l'historique de la consommation du patient. 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 bandagistes – organismes assureurs, doit être utilisé.

5. 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 convention bandagistes – organismes assureurs, conformément à la procédure prévue au § 25.

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

Dispositifs collecteurs

Collecteurs avec plaque cutanée péristomale

Collecteur auto-adhésif fermé, pourvu d'une plaque cutanée péristomale
LISTE 906001

Collecteur auto-adhésif à vider, pourvu d'une plaque cutanée péristomale
LISTE 906002

Collecteur d'urine auto-adhésif à vider avec une plaque cutanée péristomale, muni d'un système anti-reflux intégré
LISTE 906003

Collecteur auto-adhésif fermé, pourvu d'une plaque cutanée péristomale convexe/concave
LISTE 906004

Collecteur auto-adhésif à vider, pourvu d'une plaque cutanée péristomale convexe/concave
LISTE 906005

Collecteur d'urine auto-adhésif à vider avec une plaque cutanée péristomale convexe/concave, muni d'un système anti-reflux intégré
LISTE 906006

Plaques cutanées

Plaque cutanée péristomale avec système de fixation pour le collecteur
LISTE 906007

Plaque cutanée péristomale convexe/concave avec système de fixation pour le collecteur
LISTE 906008

Collecteurs sans plaque cutanée péristomale

Collecteur fermé avec système de fixation pour la plaque cutanée péristomale
LISTE 906009

Collecteur à vider avec système de fixation pour la plaque cutanée péristomale
LISTE 906010

Collecteur d'urine à vider avec système de fixation pour la plaque cutanée péristomale et muni d'un système anti-reflux intégré
LISTE 906011

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 906012

Mini-collecteur d'urine à vider muni d'un système de fixation (par ex. anneau-clip), avec ou sans valve anti-reflux
LISTE 906013

Autres dispositifs collecteurs

Conteneur d'urine à vider, y compris bouchon, 3 tubes avec connecteurs rotatifs, 3 adaptateurs universels et housse protectrice
LISTE 906014

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 906015

Dispositifs de continence

Bouchon de fermeture interne, muni d'une plaque cutanée péristomale
LISTE 906016

Mini-poche adhésive fermée avec filtre
LISTE 906017

Mini-poche avec plaque cutanée et filtre intégré
LISTE 906018

Plaque adhésive obturatrice avec filtre
LISTE 906019

Dispositifs d'irrigation

"A.R. 16.7.2020" (en vigueur 1.4.2021) + "A.R. 14.1.2022" (en vigueur 1.4.2021)
"Set d'irrigation manuelle (avec minimum 1 réservoir, 1 cône et 20 poches d'irrigation)
LISTE 906020"

"A.R. 16.7.2020" (en vigueur 1.4.2021)
Poche d'irrigation à vider (y compris système de fixation)
LISTE 906021

Pompe d'irrigation avec chargeur pour batterie
LISTE 906022

Accessoires pour une pompe d'irrigation consistant en un tuyau anti-reflux, un cône et un lubrifiant
LISTE 906023

Dispositifs de soins

Ceinture de fixation réglable y compris la plaque de contention
LISTE 906024

Pâte protectrice
LISTE 906025

Poudre protectrice
LISTE 906026

Film protecteur
LISTE 906027

Anneau convexe/concave pour système collecteur en deux parties
LISTE 906028

"A.R. 30.12.1985" (en vigueur 1.1.1986)

"§ 13. Critères minimum de fabrication :

1. BANDAGE HERNIAIRE A RESSORT :

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

a) 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.

b) 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."

"A.R. 30.12.1985" (en vigueur 1.1.1986)

"c) 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 ovale, 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-mèche ou en tissu élastique.

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.

3. CEINTURES ET SANGLES MEDICALES :

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."

"A.R. 30.12.1985" (en vigueur 1.1.1986)

"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."

« A.R. 30.12.1985 » (en vigueur 1.1.1986) + « A.R. 28.4.1993 » (en vigueur 1.2.1993)

“4. LOMBOSTATS :

En coutil et métal :

Le lombostat devra être confectionné dans un coutil très fort, dit coutil spécial pour orthopédie et dans de l'élastique fort selon le modèle et le cas. Il sera armé de ressorts en acier convenablement trempé pour être indéformable, de baleinage et laçures appropriés à chaque cas, assurant à l'ensemble la rigidité 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 paravertébraux de 25 mm de large formant rectangle ou par une plaque dorsale rigide. »

“A.R. 18.2.2000” (en vigueur 13.3.2000)

« 4bis. APPAREILLAGE APRES MAMMECTOMIE TOTALE OU PARTIELLE :

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.

2° Prothèse mammaire

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 ;
- est munie d'une housse de protection ;
- 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 ;

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."

"A.R. 18.2.2000" (en vigueur 13.3.2000)

"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).

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.

3° Supprimé Par A.R.8.11.2020 (en vigueur 1.2.2021)

« A.R. 30.12.1985 » (en vigueur 1.1.1986) + « A.R. 28.4.1993 » (en vigueur 1.2.1993)

“5. SEMELLES ORTHOPEDIQUES :

Les semelles orthopédiques sont fabriquées avec les matériaux suivants :

a) Matières plastiques :

Produits de polymérisation à base acrylique, superpolyamide, polyéthylène et dérivés, polyuréthane, résine époxy ou autre, mousses diverses, plexidur etc.

b) Duralumin :

Léger, à haute résistance.

c) Acier inoxydable;

d) Liège;

e) Cuir;

f) Caoutchouc;

g) Silicones;

h) Feutre.

Peut être utilisé pour la confection de pelotes, appuis, etc., et être adapté sur n'importe quel modèle de semelles. »

6. BAS ELASTIQUES THERAPEUTIQUES POUR LA JAMBE : Supprimé par A.R. 28.4.2015 (en vigueur 1.7.2015)

« A.R. 28.3.1995 » (en vigueur 1.4.1995) + A.R. 8.11.2020 » (en vigueur 1.2.2021)

« § 14. Dans le cadre de la rééducation professionnelle, le Collège des médecins-directeurs peut autoriser un remplacement anticipé pour les lombostats prévus au § 1^{er} 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 comporter une justification médicale, rédigée par le médecin traitant et mentionnant l'évolution de l'état anatomique entre la date de la fourniture précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins agréé.

« A.R. 28.3.1995 » (en vigueur 1.4.1995) + A.R. 8.11.2020 » (en vigueur 1.2.2021)

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 patient, ou en cas de perte ou de détérioration par négligence. »

« A.R. 28.3.1995 » (en vigueur 1.4.1995) + « A.R. 10.6.1998 » (en vigueur 1.11.1998) + + A.R. 8.11.2020 » (en vigueur 1.2.2021)

« § 15. La demande de remplacement anticipé pour cause de changement anatomique à l'exception des semelles orthopédiques, 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 fourniture précédente et celle de la demande, et un devis établi par un dispensateur de soins agréé. L'intervention ne peut être accordée qu'après autorisation donnée par le Collège des médecins-directeurs avant la fourniture. »

« A.R. 29.11.1996 » (en vigueur 1.1.1997) + « A.R. 9.7.1997 » (en vigueur 1.9.1997)
« § 16. Seul le matériel pour stomie et pour incontinence délivré au patient en personne par le dispensateur de soins agréé entre en ligne de compte pour une intervention de l'assurance. »

« A.R. 14.1.2022 » (en vigueur 1.4.2021) + Erratum M.B. 15.2.2022
« § 17. 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. »

« A.R. 16.7.2001 » (en vigueur 10.8.2001) + « A.R. 16.5.2003 » (en vigueur 1.8.2003) + « A.R. 7.6.2004 » (en vigueur 1.8.2004) + A.R. 8.11.2020 » (en vigueur 1.2.2021)
« § 18. Les produits prévus au présent article 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. »

A.R. 18.5.2009 (en vigueur 1.8.2009)
« Sur la prescription médicale doit au moins être mentionnée la nature de l'affection. »

« A.R. 16.7.2001 » (en vigueur 10.8.2001) + « A.R. 16.5.2003 » (en vigueur 1.8.2003) + « A.R. 8.11.2020 » (en vigueur 1.2.2021)
« La délivrance doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables suivant la date de remise de la prescription au dispensateur 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.R. 16.7.2001 » (en vigueur 10.8.2001)
« § 19. Les produits prévus au présent article doivent correspondre aux critères minimums de fabrication définis dans la présente nomenclature. »

« A.R. 16.7.2001 » (en vigueur 10.8.2001)
« § 20. Les produits fabriqués sur mesure repris au présent article doivent être essayés au moins une fois avant la finition du produit à délivrer. »

« A.R. 16.7.2001 » (en vigueur 10.8.2001)
« § 21. Les produits repris au présent article doivent être appliqués au patient lors de la fourniture. »

« A.R. 16.7.2001 » (en vigueur 10.8.2001)
« § 22. Toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien du produit doivent être fournies au patient. »

"A.R. 16.7.2001" (en vigueur 10.8.2001)

§ 23. Le bandagiste doit exécuter lui-même la fourniture et disposer de l'installation et de l'outillage nécessaire à la confection sur mesure. Il ne peut offrir en vente, ni fournir les produits repris au présent article sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage."

"A.R. 16.7.2001" (en vigueur 10.8.2001)

§ 24. 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 bandagiste, celui-ci peut se rendre à résidence."

"A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

§ 25. Procédure de demande pour les listes de produits admis."

"A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.1.2016)

"Pour être remboursés par l'assurance maladie, les produits suivants doivent figurer sur les listes de produits admis, approuvées par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission de convention bandagistes - organismes assureurs :

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

"A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"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 bandagistes-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 bandagistes-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 bandagistes-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 CE en vigueur (93/42/CE - annexe 1, point 13 de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux).

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

"A.R. 16.7.2020" (en vigueur 1.4.2021)

"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."

"A.R. 8.11.2020" (en vigueur 1.2.2021) + Erratum M.B. 5.5.2021

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."

"A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"Le formulaire d'engagement et le formulaire de demande d'admission peuvent être demandés auprès du secrétariat de la Commission de conventions bandagistes-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 bandagistes - organismes assureurs."

"A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.1.2016)

"La Commission de convention bandagistes-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."

"A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

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

"A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.1.2016)

"La Commission de convention bandagistes-organismes assureurs transmet la proposition d'admission sur la liste des produits agréés au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité."

"A.R. 14.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"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."