



07 FEB. 2008

FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CIRCULAIRE N° 2008/1

Fixation des prix, de la durée et des frais d'entretien des appareils de prothèse et d'orthopédie pour l'année 2008

En exécution de l'article 48, 6°, de l'arrêté royal du 21.12.1971, le comité de gestion du Fonds des accidents du travail a fixé les prix, la durée et les frais annuels d'entretien des appareils de prothèse et d'orthopédie pour l'année 2008.

En vertu de l'arrêté royal du 16.01.2002, les entreprises d'assurances sont tenues de constituer les provisions techniques nécessaires pour l'entretien et le renouvellement, les prix actuels étant si pas des éléments nécessaires, du moins des éléments indicatifs importants.

L'utilisation de ces prix actuels par les entreprises d'assurances pour la fixation des provisions est de la compétence de contrôle de la CBFA.

Les prix, la durée et les frais annuels d'entretien sont valables uniquement pour la fixation des capitaux pour prothèses à verser au Fonds (accidents antérieurs au 01.01.1988) et pour le calcul des provisions techniques que les entreprises d'assurances doivent constituer pour couvrir les frais probables d'entretien et de renouvellement des appareils (accidents survenus depuis le 01.01.1988).

En aucun cas, ces prix ne peuvent s'utiliser comme tarif de remboursement des appareils étant donné que l'indemnisation dans le régime des accidents du travail doit être intégrale, sans intervention financière des victimes.

En ce qui concerne l'entretien et le renouvellement des appareils, on tient compte des besoins réels. Il faut toutefois éviter la fourniture d'articles de luxe.

Pour la fixation des prix directeurs, les appareils sont subdivisés en trois groupes :

- **Groupe A** : Appareils pour lesquels s'applique le prix directeur figurant dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire maladie-invalidité. Ce prix ne figure pas dans la circulaire étant donné qu'il peut être adapté en cours d'année et faire l'objet de suppléments dans certains cas. On n'y trouve mentionnés que la durée et les frais d'entretien.
- **Groupe B** : Appareils pour lesquels le comité de gestion fixe le prix moyen, la durée et les frais d'entretien approximatifs.
- **Groupe C** : Appareils pour lesquels c'est le coût réel qui est pris en considération.

Les directives ci-après sont particulièrement mises en exergue :

GROUPE A

APPAREILS EXTERNES

Si l'Institut national d'assurance maladie-invalidité fixe de nouveaux tarifs, il faut appliquer immédiatement les prix adaptés.

Si, dans certains cas, la nomenclature met une quote-part personnelle à la charge de l'assuré, cette quote-part doit être portée en compte pour le calcul du capital (notamment en ce qui concerne les semelles et chaussures orthopédiques, certains appareils pour le tronc, pour les membres supérieurs et pour les membres inférieurs, ainsi que certains fauteuils roulants).

Les prestataires de soins auxquels s'appliquent les conventions tarifaires pour orthopédistes et bandagistes ont la faculté de facturer un supplément par rapport au tarif imposé par l'INAMI pour les appareils préfabriqués repris dans le groupe A. Les prestations relatives aux appareils préfabriqués ont été indiquées dans la liste. Le supplément éventuellement facturé doit être pris en considération pour le calcul du capital ou de la provision technique.

Les entreprises d'assurances veilleront particulièrement à l'observance des points suivants :

1. Chaussures orthopédiques, semelles et rehaussements

Dans le cas des chaussures orthopédiques pour affections graves qui s'indiquent absolument, la durée est de douze mois. Dans celui des chaussures orthopédiques qui s'indiquent de manière relative, elle est de deux ans. S'il y a octroi de chaussures orthopédiques de travail qui peuvent être renouvelées annuellement dans le cadre des conditions professionnelles, le délai de renouvellement des chaussures orthopédiques ordinaires est doublé. Il est rappelé aux entreprises d'assurances que ceci s'applique également aux adaptations individuelles (rehaussements et semelles) des chaussures de travail et ordinaires.

2. Appareils de réserve

On peut retenir comme règle générale que l'octroi d'un appareil de réserve s'indique dans les cas où l'accident du travail a entraîné une amputation ou une paralysie de membre. Cet appareil ne doit être prévu qu'une seule fois et ne doit pas faire l'objet d'une capitalisation. Les entreprises d'assurances sont priées de le fournir avant de présenter le dossier au Fonds pour entérinement. Sans préjudice de la compétence du tribunal, le comité médicotéchnique peut émettre un avis en cas de litige quant à la nécessité d'un appareil de réserve pour ce qui est des autres catégories d'appareils.

3. Prothèses crurales et prothèses myoélectriques de bras

Les modalités d'application en matière de prothèses des membres inférieurs prévues à l'article 29 de la nomenclature des prestations de santé ont été expliquées dans la circulaire n° 2005/2. Cette nouvelle nomenclature se fonde sur des techniques modernes normalisées, garantissant ainsi une prothèse de qualité qui doit pouvoir répondre aux exigences fonctionnelles d'une marche normale.

Si la constitution de la prothèse de la jambe fait appel à des éléments (articulations du genou, amortisseurs ou pieds dynamiques, par exemple) pour lesquels un supplément est réclamé parce qu'ils ne font pas partie des produits normalisés faisant l'objet d'un remboursement de l'AMI, il faut qu'ils se justifient suffisamment sur les plans médical et

technique. Par ailleurs, le supplément de prix doit être précisé par le prestataire (analyse des coûts et bénéfices). Ceci vaut également pour les prothèses myoélectriques de bras. Elles sont parfois équipées au moyen de techniques très évoluées, surtout en ce qui concerne la commande de la main et les fonctions de préhension.

La valeur ajoutée de ces éléments de prothèse doit en principe contribuer dans une large mesure aux activités quotidiennes courantes, aux activités professionnelles, à l'intégration sociale et à l'autonomie de l'intéressé. Somme toute, cette technologie plus dynamique doit non seulement être utile, mais aussi « nécessaire » au sens des dispositions légales.

4. Aides à la mobilité

Les détails de la nouvelle nomenclature des aides à la mobilité et de celle des adaptations, qui sont classées en groupes principaux et en sous-groupes, ont été exposés dans la circulaire n° 2006/6. Même si elle prévoit des produits garantis, faisant l'objet d'un label européen et soumis à une procédure d'agrément, la nouvelle nomenclature permet l'octroi d'aides à la mobilité ne figurant pas sur la liste de l'INAMI à condition toutefois qu'elles répondent aux critères d'une fabrication de qualité, qu'elles soient « nécessaires » et disponibles sur le marché européen.

La rubrique « 9. Aides à la mobilité » prévue dans le groupe C est maintenue en ce sens.

Les formulaires de l'INAMI peuvent être utilisés pour demander une intervention dans le cadre d'une aide à la mobilité. Il faut en particulier faire compléter le rapport de motivation par les prestataires agréés. La prescription médicale le sera par le médecin traitant. Ces formulaires présentent l'avantage d'uniformiser les demandes. C'est par ailleurs une classification objective des limitations de la mobilité qui sert de fil conducteur. (système ICF)

APPAREILS INTERNES

Il s'agit d'appareils internes repris dans la nomenclature (notamment ceux visés à l'article 35) pour lesquels les prestataires conventionnés agréés ne peuvent pas facturer plus que le prix AMI.

Font partie de cette catégorie les neurostimulateurs, les implants cochléaires, les stimulateurs cardiaques, les prothèses de hanche et les prothèses scapulo-humérales. Ces appareils sont repris dans une liste limitative dressée par l'INAMI des produits entrant en ligne de compte pour indemnisation.

Les lentilles intraoculaires ont été retirées de la liste des prothèses internes requérant une capitalisation. On suppose en effet qu'elles ne doivent pas être renouvelées. Ceci ne veut absolument pas dire que, le cas échéant, la lentille intraoculaire ne doit plus être remboursée au titre de prothèse.

C'est le prix AMI qui est d'application pour les appareils internes, étant entendu que, pour la capitalisation et pour la constitution des provisions techniques, le coût des implants est majoré de la marge de fourniture. Cette marge représente 10 % du coût, avec pour maximum 148,74 € (montant non indexé). Ce montant facturé au patient en vertu de la réglementation AMI peut être adapté par arrêté royal en fonction de l'index. En outre, on intégrera au coût de l'implant les frais d'anesthésie et d'intervention chirurgicale.

L'arrêté royal du 3 août 2007 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 5 septembre 2007) a complété, à l'article 35 de la nomenclature, la rubrique « Urologie et néphrologie » des neurostimulateurs, électrodes et accessoires en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures. Y sont prévus un premier neurostimulateur implanté avec électrode et extension, un neurostimulateur de remplacement implanté avec électrode de remplacement, ainsi que le remboursement des électrodes en cas de stimulation d'essai négative.

Le délai de renouvellement de l'appareil sera fixé par le spécialiste qui traite la victime

Les services estiment que ces neurostimulateurs peuvent figurer dans la liste des prothèses internes, plus précisément dans le groupe A à la rubrique « 1. Urologie et néphrologie » sous les numéros de code 697675 à 697826 inclus.

Les numéros de code allant de 683093-683104 à 683130-683141 inclus se rapportent aux neurostimulateurs utilisés pour stimuler la douleur en neurochirurgie. La durée de ces appareils et de leurs accessoires a été fixée sur la base des systèmes existants.

Il s'agit uniquement d'appareils pour lesquels un remboursement est prévu dans la nomenclature AMI.

GROUPE B

Les perruques ne sont plus rangées dans le groupe B mais dans le C. Leur coût réel servira de base pour calculer provisions techniques et capital. C'est le comité de gestion du Fonds qui en fixe chaque année l'entretien annuel et la durée.

À la rubrique 4 des prothèses oculaires « c. Lentille cornéenne », on fait la distinction entre lentilles sphériques et lentilles toriques. La distinction s'applique d'ailleurs aussi en assurance maladie-invalidité. Ce sont des caractéristiques qui doivent être clairement spécifiées par les fournisseurs sur les factures ou dans les devis.

Au tableau 5 des prothèses dentaires, sous « 1. Prothèses dentaires fixes », la rubrique « 1.1. Couronnes » a été complétée d'un point « 1.1.3 Porcelaine massive (VPK) » et la rubrique « 1.2 Bridge » d'un point « 1.2.4 Élément intermédiaire en porcelaine massive » (C'est la technique de fabrication Procera qui a été utilisée dans les deux cas).

Pour ce qui est des prothèses dentaires amovibles en résine (rubrique 6 – point 1.2.1.), les éléments de calcul sont fixés conformément aux honoraires prévus dans la nomenclature de l'AMI. S'ils venaient à être modifiés en cours d'année, les entreprises d'assurances sont invitées à les intégrer dans le prix de ces prothèses en résine.

Le coût d'entretien annuel des prothèses amovibles en résine a été déterminé au moyen du code 308 291. Le coût du rebasage se calcule au moyen des codes 306950, 307156 et 308313 en fonction du nombre de dents. Les honoraires sont de 30 % du prix AMI de ces prothèses.

En ce qui concerne les prothèses dentaires amovibles en métal (point 1.2.2.), le prix de la monture (squelette ou cadre) est fixé à 453,72 € crochets compris.

Il convient d'y ajouter le prix des dents donné à la rubrique 1.2.1., avec un maximum de 371,60 € valant pour 8 à 14 dents d'après les barèmes de l'INAMI.

Dans les rubriques 1.2.3. et 1.2.4. « Systèmes d'ancrage fixes », on fait la distinction entre l'ancrage sur éléments naturels et l'ancrage sur implants. Quand il se fait sur implants, on utilise notamment des boutons-pression. La liste prévoit le prix de 259,31 € par bouton-pression.

Les implants dentaires sont repris dans le groupe B.

Il ne faut plus prévoir de capitalisation pour l'implant et pour l'« abutment », mais un capital de réserve est nécessaire pour le contrôle annuel de l'implant pour le prix de 41,12 €.

La superstructure (couronne, bridge ou système d'ancrage fixe) doit toutefois être renouvelée et entre dès lors en ligne de compte pour la capitalisation ou pour la constitution de provisions techniques.

La durée de la couronne est fixée à 15 ans pour un implant solitaire. Dans le cas des bridges et des systèmes d'ancrage fixes, elle est fixée à 20 ans.

GROUPE C

APPAREILS EXTERNES

Ce tableau a été complété de la rubrique consacrée aux perruques.

La rubrique qui suit reprend les appareils auditifs plus spécifiques. Il ne s'agit pas d'appareils ordinaires mais d'appareils dans le cas desquels l'intervention forfaitaire prévue dans la nomenclature des prestations de santé (codes 679070 à 679394 inclus) ne couvre pas le prix réel de l'appareil. Sont visés les contours digitaux et leurs accessoires (logement extérieur), les intras digitaux (logement intérieur) et leurs accessoires, les lunettes osseuses, ainsi que les appareils auditifs monophoniques ou stéréophoniques dotés d'une commande à distance et équipés au moyen de techniques évoluées.

Les voiturettes et les scooters qui ne figurent pas dans la liste indicative des aides à la mobilité de l'INAMI peuvent être classés ici. Leur durée est fixée à 4 ans, sauf celle du scooter électronique pour lequel elle est de 6 ans (rubrique 9).

On distingue trois types d'appareils de levage et de transfert : le monte-escalier, le monte-plateau (monte-charge d'intérieur franchissant le seuil) et le « railroomlift » (nécessaire pour se rendre d'un espace d'habitation à un autre).

Ils figurent à la rubrique 15 de ce groupe.

Pour fixer leur durée, on fait la distinction entre parties non fixes (moteur, siège et suspente) et parties fixées au mur, à l'escalier ou au plafond (système d'ancrage ou rails).

APPAREILS INTERNES

La liste du groupe C reprend les paramètres de capitalisation et de calcul des provisions techniques concernant les neurostimulateurs implantés totalement ou partiellement (rubrique des appareils internes –point 3). Il s'agit des appareils pour lesquels le tarif AMI ne prévoit pas d'indemnisation intégrale.

Si l'implantation est pratiquée au niveau du segment cervical, la durée du générateur d'impulsions implantable est de dix ans au lieu de cinq.

À noter que cette liste n'est pas limitative, n'étant qu'une énumération donnée à titre indicatif.

A cet égard, on soulignera particulièrement que si, en ce qui concerne les appareils de prothèse et d'orthopédie, on recourt à un matériel neuf ou à une technologie nouvelle dont la description n'est pas reprise dans les groupes A, B et C, c'est le prix réel qui doit être appliqué pour le calcul des provisions techniques et des capitaux.

L'administratrice générale adjointe,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. De Baets', with a stylized flourish at the end.

J. DE BAETS