

FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CIRCULAIRE N° 2006/5

Fixation des prix, de la durée et des frais d'entretien des appareils de prothèse et d'orthopédie pour l'année 2006

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 2006.

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 l'Office de contrôle des assurances.

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'AMI 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

Dans le cas des chaussures orthopédiques pour affections graves qui s'indiquent absolument, la durée est de 12 mois. Dans celui des chaussures orthopédiques qui s'indiquent de manière relative, elle est de 2 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.

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 médicoteknique 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

En ce qui concerne les prothèses des membres inférieurs (article 29 de la nomenclature des prestations de santé), l'arrêté royal du 20.07.2004 paru au *Moniteur belge* du 06.08.2004 a apporté une série de modifications. On les trouve exposées dans la circulaire n° 2005/2. Cet arrêté est entré en vigueur le 01.09.2004.

4. Aides à la mobilité

L'arrêté royal du 12.01.2005 modifiant l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*MB* du 21.05.2005) a instauré une nouvelle nomenclature des aides à la mobilité (voiturettes, scooters, systèmes de station debout, aides à la marche, tricycles et systèmes d'assise particuliers).

Cette nomenclature est d'un agencement tout à fait neuf. Le remboursement des appareils qu'elle englobe est fonction des besoins fonctionnels de l'utilisateur considérés dans leur globalité et non plus du taux de perte de capacité fonctionnelle des membres inférieurs. À cet effet, la nomenclature lie les indications fonctionnelles de l'utilisateur à l'aide à la mobilité adéquate.

À la notion de perte fonctionnelle totale des membres inférieurs s'est substituée celle bien plus large de limitation de la mobilité.

En fonction du type d'aide à la mobilité, il existe différentes procédures pour déterminer les besoins de l'utilisateur :

- On a d'abord la prescription médicale qui est le résultat de l'analyse d'une série de fonctions (position debout, position assise, déplacements, etc.).
- On a ensuite le rapport de fonctionnement rédigé par une équipe multidisciplinaire, qui y consigne l'évaluation fonctionnelle du demandeur en différents domaines de son milieu de vie (la liste des équipes multidisciplinaires est disponible sur le site Web de l'INAMI depuis le 1^{er} octobre). L'évaluation est faite dans un des centres conventionnés ou dans un des services de médecine physique ou encore dans un des fonds communautaires.
- On a enfin le rapport de motivation dans lequel le bandagiste décrit le besoin d'aide à la mobilité et d'adaptations individuelles liées à la limitation de la mobilité et à la position assise du demandeur.

La nouvelle nomenclature comporte trois grandes subdivisions :

- La première partie (article 28, § 8, I) concerne :
 - les critères généraux d'admission de l'utilisateur à l'intervention de l'assurance ;
 - la définition des aides à la mobilité ;
 - les procédures de demande selon le type d'aide à la mobilité ;
 - les délais de renouvellement ;
 - les cumuls autorisés ;
 - le dossier unique.
- La deuxième partie (article 28, § 8, II) est consacrée à la liaison des indications fonctionnelles pour l'utilisateur aux spécifications fonctionnelles des aides à la mobilité, type par type. Les aides à la mobilité sont réparties en groupes principaux et en sous-groupes ainsi que dans des listes des produits admis au remboursement. Les indications fonctionnelles pour l'utilisateur sont définies, d'une part, dans la rubrique « objectif d'utilisation » et, d'autre part, dans la rubrique « indications spécifiques » ; on y utilise donc les caractérisations CIF.
- La troisième partie (article 28, § 8, III) reprend les adaptations possibles des aides à la mobilité et leurs spécifications.

La nouvelle nomenclature des aides à la mobilité (rubrique 11) et celle des adaptations sont classées en groupes principaux et en sous-groupes avec mention des délais de renouvellement (groupe d'âge de 18 à 65 ans).

• 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.

L'arrêté royal du 11.07.2005, d'application depuis le 01.09.2005, a fait passer le remboursement des prothèses scapulaires de l'article 28 à l'article 35 de la nomenclature.

Dès lors, le système de remboursement a été adapté aux spécificités de l'article 35 en ce sens qu'il y a eu modification des listes des produits admis par l'INAMI ainsi que des marges de sécurité et des prix plafonds. Les codes correspondants de la nomenclature ont été ajoutés dans la rubrique 5 –orthopédie –traumatologie.

- **Prothèses scapulo-humérales**
Humérus
Codes 695074-695085
695450-695461

À cette catégorie d'appareils internes du groupe A appartiennent aussi les lentilles intraoculaires, les neurostimulateurs, les implants cochléaires, les stimulateurs cardiaques et les prothèses de hanche.

Ces appareils sont repris dans une liste limitative dressée par l'INAMI des produits entrant en ligne de compte pour indemnisation.

C'est le prix AMI qui est d'application, étant entendu que, pour la capitalisation et pour la constitution des provisions techniques, le cout des implants est majoré de la marge de fourniture. Cette marge représente 10 % du cout, 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 cout de l'implant les frais d'anesthésie et d'intervention chirurgicale.

Les numéros de code allant de 688516-688520 à 689452-689463 inclus se rapportent aux prothèses de hanche.

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

GROUPE B

À la rubrique 5 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.

À la rubrique relative aux prothèses dentaires fixes, au point 1.1.1.3. concernant la jacket, on fait la distinction entre la Procera ordinaire et la Procera avec couche de zirconium, dont le prix pilote est de 600,00 €.

Pour ce qui est 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. La rubrique prévoit à présent les honoraires en vigueur au 01.01.2005. S'ils venaient à être modifiés en cours d'année, il y aurait lieu de les intégrer dans le prix de ces prothèses en résine.

À ce prix peut être appliqué un supplément pour utilisation de résine souple, dure ou incassable.

Le cout d'entretien annuel des prothèses amovibles en résine se détermine au moyen du code 308291. Le cout 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 (rubrique 6 – point 1.2.2.), le prix de la monture (squelette ou cadre) est fixé à 445,74 € crochets compris. Il convient d'y ajouter le prix des dents donné à la rubrique 1.2.1., avec un maximum de 357,49 € valant pour 8 à 14 dents.

Dans la rubrique 1.2.3., 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 250,00 € 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 39,65 €.

La superstructure (couronne 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.

GROUPE C

• APPAREILS EXTERNES

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).

Les appareils de levage et de transfert sont reconnus comme appareils de prothèse.

On distingue dans cette catégorie trois appareils : 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.

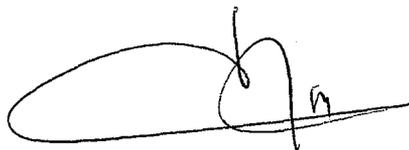
Pour ce qui est de leur durée, on fait la distinction entre parties non fixes (moteur, siège et suspente) et parties fixées au mur, à l'escalier ou au plafond (système d'ancrage ou rails).

• APPAREILS INTERNES

Dans la liste du groupe C, les modifications affectent les paramètres de capitalisation et de calcul des provisions techniques concernant les neurostimulateurs implantés totalement ou partiellement (rubrique B – 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 10 ans au lieu de 5.

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

L'administrateur général,



M. Depoortere