

REGLES INTERPRETATIVES DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE

(En vigueur à partir du 13.3.2002 sauf règle interprétative 1 de l'art. 18 § 2)

Article 1 (Généralités).....	1
Article 2 (Consultations, visites, avis, psychothérapies et autres prestations)	1
Article 3 (Soins courants Prestations techniques médicales)	6
Article 9, b), c), d) (Prestations d'obstétrique qui requièrent la qualification de médecin)	11
Article 10, § 4, (Prestations techniques médicales spéciales – Dispositions générales : prestations connexes)	13
Article 11 (Prestations spéciales générales)	17
Article 12 (Anesthésiologie)	23
Article 13 (réanimation)	31
Article 14, a) (Chirurgie générale)	31
Article 14, c) (Chirurgie plastique)	34
Article 14, d) (Chirurgie abdominale)	34
Article 14, e) (Chirurgie thoracique)	38
Article 14, f) (Chirurgie des vaisseaux)	39
Article 14, g) (Gynécologie-obstétrique)	41
Article 14, h) (Ophtalmologie)	43
Article 14 i) (Oto-rhino-laryngologie)	46
Article 14, j) (Urologie)	46
Article 14, k) (Orthopédie)	50
Article 14, l) (Stomatologie)	55
Article 18, § 2 (Médecine nucléaire)	56
Article 20, § 1er, a) (Médecine interne)	57
Article 20, § 1er, b) (Pneumologie)	58
Article 20, § 1er, c) (Gastro-entérologie)	60
Article 20, § 1er, d) pédiatrie	61
Article 20, § 1er, e) (Cardiologie).....	63
Article 20, § 1er, g) (Rhumatologie)	66
Article 21 (Dermatovénérologie)	66
Article 22 (Physiothérapie)	67
Article 24 (Biologie clinique)	69
Article 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés)	70
Article 26 (Suppléments pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié)	80

Article 1 (Généralités)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Un chirurgien pratique chez un assuré une intervention purement esthétique.

Les dispositions de l'article 1er, § 7, de la nomenclature stipulent ce qui suit :

« Les interventions pratiquées dans un but purement esthétique ne sont pas honorées, sauf dans les cas admis dans les programmes de rééducation fonctionnelle et professionnelle visés à l'article 19 de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, en vue de permettre au bénéficiaire d'obtenir ou de conserver un emploi. »

Quelle est la portée exacte de ces dispositions ?

REPONSE

A partir du moment où il s'agit d'une ou de plusieurs prestations purement esthétiques, le remboursement de l'assurance doit être refusé, qu'il s'agisse de prestations de chirurgie, d'anesthésie, d'assistance, etc.... Les dispositions de l'article 1er, § 7, de la nomenclature font en effet mention des «interventions» en général. Par ailleurs, il est exact que ces dispositions ne font pas allusion à l'hospitalisation. Pour les frais afférents à celle-ci, il y a lieu de les considérer comme frais accessoires qui ne sont pas remboursables non plus, en vertu de la règle qui veut que l'accessoire suive le principal.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Un médecin est reconnu à la fois comme spécialiste en médecine interne et en biologie clinique.

Comment faut-il appliquer dans ce cas les dispositions des articles 1er, § 6 et 24, § 5, de la nomenclature qui interdisent le cumul des honoraires pour la consultation du biologiste avec les honoraires pour prestation de biologie clinique ?

REPONSE

Etant donné la double reconnaissance comme médecin spécialiste, l'assurance doit rembourser toutes les prestations relevant de chacune de ces spécialités.

Il convient de souligner tout particulièrement que la consultation du médecin interniste (102034) peut être cumulée avec des actes techniques de biologie clinique pour autant que cette consultation réponde au critère fixé par la nomenclature.

Si une consultation est portée en compte, les prestations de biologie clinique peuvent être attestées.

D'autre part, lorsque ce médecin agit en tant que biologiste (analyses demandées par d'autres médecins), il ne peut pas attester une consultation. Seules les analyses de biologie clinique peuvent être attestées.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 1er (Généralités), notamment les règles publiées sous la rubrique 100 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 2 (Consultations, visites, avis, psychothérapies et autres prestations)

REGLE INTERPRETATIVE 1

Par visite au domicile du bénéficiaire, il faut entendre la prestation que le bénéficiaire réclame à l'endroit où il réside habituellement, temporairement ou accidentellement — hormis le cas où ce bénéficiaire

séjourne dans un centre médical dans lequel il s'est rendu pour y recevoir des soins : doit notamment être considérée comme visite au domicile du bénéficiaire la prestation faite par un médecin appelé dans un home pour vieillards, une garderie d'enfants ou tout établissement dans lequel le bénéficiaire séjourne dans un but autre que celui de subir une observation ou un traitement médical, ou encore sur la voie publique en cas d'accident.

Au contraire, il convient d'entendre par consultation au cabinet du médecin la prestation pour laquelle le bénéficiaire demandeur de soins se déplace pour la recevoir : doit notamment être considérée comme consultation au cabinet du médecin la prestation faite par un médecin consulté dans un service de clinique ou polyclinique.

Dès lors, les consultations données dans les entreprises, disposant ou non d'un service médical, aux travailleurs qui y sont occupés doivent être considérées comme des visites à domicile.

Dans ces conditions, les visites effectuées par un médecin spécialiste ne donnent lieu à aucun remboursement de l'assurance.

S'il s'agit de cabinets médicaux fonctionnant au sein d'une entreprise et ouverts à d'autres personnes que les travailleurs de ladite entreprise, il faut considérer les soins éventuellement donnés à des personnes étrangères à l'entreprise comme des prestations effectuées au cabinet du médecin.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Quelle tarification faut-il appliquer pour une visite demandée et effectuée la nuit par un médecin généraliste agréé et un médecin spécialiste ?

REPONSE

A. Si les deux médecins ont été appelés par le malade et que les visites sont demandées et effectuées entre 21 heures et 8 heures :

-104230 pour le médecin généraliste agréé et 104834 pour le médecin spécialiste en pédiatrie;

- aucun remboursement pour un autre médecin spécialiste.

B. Si le médecin spécialiste est appelé en consultation par le médecin généraliste agréé et que les visites sont demandées et

effectuées entre 21 et 8 heures :

-104230 pour le médecin généraliste agréé;

-103014 pour le médecin spécialiste.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Un malade consulte régulièrement un médecin spécialiste en ophtalmologie. Il fait une hémiparésie qui l'empêche de se rendre encore au cabinet de ce médecin. Les soins devant être continués, le spécialiste se rend au domicile du malade.

Quels sont les honoraires qui peuvent être remboursés dans ce cas ?

REPONSE

Aucun remboursement sous quelque forme que ce soit ne peut être accordé, les visites à domicile du médecin spécialiste autre que le pédiatre n'étant pas prévues à la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Une polyclinique ne possédant pas de laboratoire, confiant ses analyses à un laboratoire dirigé par un pharmacien biologiste, propose à un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique d'ouvrir une consultation pour prélèvements de sang. Est-il en droit de réclamer à chaque patient le prix d'une consultation de spécialiste ? Sinon que doit-il faire ?

REPONSE

Le prélèvement sanguin n'est pas remboursé comme tel : les honoraires y afférents étant compris dans les honoraires pour l'analyse.

Il faut souligner d'autre part que si un gynécologue est habilité à effectuer certaines prestations connexes pour ses propres malades qu'il a en traitement, il est exclu qu'il les fasse pour des malades en traitement chez d'autres médecins ou pour des laboratoires.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Certains médecins spécialistes attestent parfois « consultation de spécialiste 102012 N 8 » et parfois « consultation 101010 N 6 » selon qu'ils considèrent la prestation qu'ils accomplissent, comme relevant de la médecine spéciale ou de la médecine générale.

Cette manière d'attester est-elle correcte ?

REPONSE

Non, c'est la qualification du médecin qui détermine le numéro de code à attester pour une consultation au cabinet du médecin et non les caractères que revêt cette consultation.

Dès lors, il y a lieu d'attester le numéro 102012 et non 101010.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Un médecin traitant transmet des renseignements ou des documents par courrier au médecin-conseil qui les a demandés.

La prestation n° 109012 Avis N 2 peut-elle être remboursée ?

REPONSE

La nomenclature prévoit une rubrique dénommée « avis » destinée à honorer les médecins pour la rédaction de documents divers. D'autre part, la nomenclature définit ce qu'il faut entendre par consultation, visite et avis tout en précisant que les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite. Il faut cependant constater que la nomenclature, à propos de ces prestations, vise des relations entre le médecin et l'assuré.

Quant aux renseignements ou documents réclamés au médecin par le médecin-conseil, la nomenclature n'en fait pas mention et ne fixe aucun honoraire à leur sujet. Par conséquent, dans le cas soulevé, lorsque le médecin-conseil demande au médecin traitant de lui communiquer certains renseignements, aucun remboursement de l'assurance ne peut être accordé.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

L'article 17, § 2, de la nomenclature des prestations de santé prévoit que les honoraires pour les prestations de radiodiagnostic effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de spécialiste en radiodiagnostic ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin.

Cette disposition empêche-t-elle le remboursement de la consultation du radiologue lorsqu'il ne porte en compte aucun acte technique ?

REPONSE

La consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic ne peut faire l'objet d'un remboursement que dans le seul cas où elle serait sans aucun rapport avec un acte de radiodiagnostic, que cet acte technique la précède, l'accompagne ou la suive.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester l'examen d'un second patient au cours d'une visite à domicile demandée le jour, mais qui n'est effectuée que le soir ou la nuit pour des raisons propres au médecin?

REPONSE

Lorsque la demande de visite a été faite le jour, mais que pour des raisons propres au médecin, celui-ci ne l'effectue que le soir ou la nuit, cette prestation est considérée comme une visite ordinaire.

Si, à l'occasion de cette visite, le médecin est appelé à examiner un second patient, il y a lieu de tarifier deux fois 103213 (ou deux fois 103412 selon la qualification du médecin).

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Visite du médecin généraliste agréé pour surveillance de l'accouchée et du nouveau-né après accouchement à domicile.

REPONSE

Aucune disposition de la nomenclature n'interdit le remboursement des visites à domicile, faites par le médecin généraliste agréé qui a fait l'accouchement.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Un physiothérapeute peut-il cumuler la prestation 109012 Avis N 2 avec des prestations techniques thérapeutiques dans des circonstances où en application de l'article 23, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, la consultation ne peut être cumulée avec les prestations thérapeutiques ?

REPONSE

L'article 23, § 3, de la nomenclature des prestations de santé dispose que les honoraires pour des prestations thérapeutiques ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin qu'à l'occasion de la consultation qui a donné lieu à la prescription d'une prestation thérapeutique, à l'occasion de la consultation d'évaluation au terme d'une série de ces prestations, ou à l'occasion de l'exécution de la prestation n° 558773 - 558784, à l'exclusion des prestations n°s 558810 - 558821 et 558832 - 558843 qui constituent des séries de prestations.

Si le remboursement d'une consultation est interdit, est exclue également toute autre prestation qui constitue une partie de la consultation. En d'autres mots, la prestation 109012 ne peut pas être cumulée avec les actes techniques.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Consultations effectuées par un médecin spécialiste dans un home pour personnes âgées.

REPOSE

Il convient de rappeler d'une part que la règle veut que la visite à domicile d'un médecin spécialiste autre que le pédiatre ne peut faire l'objet d'aucune intervention de l'assurance soins de santé, et que d'autre part, même si la résidence dans un établissement pour enfants, pour personnes âgées, pour convalescents ou pour handicapés est administrativement considérée comme un séjour à domicile, les conditions d'intervention de l'assurance dans les frais de visites de médecins à ces résidences communautaires sont strictement réglementées et sont limitées aux interventions prévues sous les nos 103316, 103331, 103353, 103515, 103530, 103552, 104112, 104134, 104156, 103913, 103935 et 103950 de la nomenclature.

Certes, la prestation n° 103014 déroge à ce principe et autorise l'intervention de l'A.M.I. dans les honoraires de visite d'un médecin spécialiste «au domicile du malade» lorsqu'il est appelé en consultation par un autre médecin. Mais il faut admettre que si cet appel n'avait pas un caractère exceptionnel, cette dérogation deviendrait la règle et aurait pour effet d'énerver complètement la portée de la double restriction imposée aux visites de médecins aux bénéficiaires dont la résidence se situe dans des centres communautaires : la restriction quant au montant des honoraires ne concernerait plus que les médecins généralistes avec droits acquis ou les médecins généralistes agréés et d'autre part, le non remboursement des visites de spécialistes à domicile serait remplacé par une intervention de l'assurance au niveau le plus haut des honoraires de consultation de spécialiste.

La prestation n° 103014 ne peut jamais être honorée dans le cas particulier des résidences communautaires où les médecins spécialistes qui interviennent ne sont effectivement pas « appelés » mais sont membres de l'équipe médicale qui exerce la tutelle sur les patients hébergés dans ces établissements; l'activité de ces médecins spécialistes alterne avec celle des médecins généralistes avec droits acquis ou des médecins généralistes agréés ou la complète et leur intervention est permanente ou se fait à un rythme prédéterminé : elle échappe ainsi à la notion d'« appel ».

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Le médecin spécialiste en pédiatrie, en psychiatrie infantile ou en neuropsychiatrie peut-il attester une consultation supplémentaire lors de l'hétéro anamnèse, dans le cadre de l'approche d'une pathologie psychique ou psychologique ?

REPOSE

L'hétéro anamnèse effectuée auprès des membres de la famille du patient est couverte par les honoraires de consultation attestés au nom du patient. Cette hétéro anamnèse ne peut dès lors pas être attestée en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Des exercices d'orthoptie effectués par un orthoptiste peuvent-ils être portés en compte à l'assurance sous le n° 102012 Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste N 8 par le médecin ophtalmologue qui surveille le traitement ?

REPONSE

Non. Les exercices d'orthoptie effectués par l'orthoptiste ne peuvent pas être tarifés par le médecin sous le n° 102012 N 8.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Peut-on attester une consultation dans un hôpital précédant immédiatement une hospitalisation sans que le patient quitte l'établissement de soins ?

Qu'en est-il lorsque la consultation et la surveillance du patient sont effectuées par deux médecins différents ?

REPONSE

Le cumul entre la consultation et les honoraires de surveillance n'est pas permis dans le cas où le patient est convoqué par un médecin de l'établissement de soins, est envoyé par son médecin traitant ou entre d'urgence dans un établissement de soins, pour y être hospitalisé.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 2 (Consultations, visites, avis, psychothérapies et autres prestations), notamment les règles publiées sous la rubrique 200 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 3 (Soins courants Prestations techniques médicales)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Un médecin porte en compte pour un enfant prématuré hospitalisé, les honoraires pour tubage gastrique chaque fois qu'il nourrit l'enfant à l'aide d'une sonde.

Peut-on rembourser ces honoraires ?

REPONSE

L'alimentation d'un enfant prématuré hospitalisé fait partie des soins de nursing. Pour ce motif, ils sont compris dans la journée d'entretien et ne peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Comment faut-il tarifier les infiltrations péri-artérielles péri temporales, péri-faciales ou péri-orbitaires ?

REPONSE

Une infiltration du sympathique portant en même temps sur les zones artérielles temporales, faciales et orbitaires doit être considérée comme une infiltration du sympathique et remboursée sous le n° 144270 - 144281 * K 6. Si l'infiltration est bilatérale, elle doit être remboursée par côté.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Une anesthésie du sphéno-palatine peut-elle être remboursée sous le n° 144270 - 144281* Infiltration du sympathique, par côté K 6 ?

REPONSE

a) s'il s'agit d'une anesthésie du rameau superficiel du sphéno-palatine par application d'un anesthésique sur la muqueuse sphéno-palatine, aucun remboursement n'est prévu.

b) s'il s'agit d'une anesthésie du ganglion sphéno-palatine par injection dans le ganglion :

1. Comme traitement isolé : 144270 - 144281 K 6.

2. En vue d'une intervention : selon la valeur de l'intervention, codifier sur base des tarifs et conditions de l'article 12 de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Lavage d'estomac.

REPONSE

La prestation est prévue sous le n° 112232 - 112243* Tubage gastrique K 6.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

A l'occasion d'une intervention chirurgicale, on porte en compte la prestation 145305* Pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues, en période d'hospitalisation K 8.

Cette prestation

- peut-elle être attestée pour une plaie chirurgicale au-delà du 10e jour suivant l'intervention ?

- est-elle cumulable avec les honoraires pour la surveillance du patient au-delà du 10e jour d'hospitalisation pour affection chirurgicale ?

REPONSE

La prestation 145305* K 8 de même que la prestation 145272* K 2 qui visent le pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues n'ont pas été prévues pour le traitement des plaies opératoires; ces prestations ne peuvent dans ce cas être attestées ni avant, ni au-delà du 10e jour après l'opération, sauf s'il s'agit à l'origine d'une lésion dermatologique.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

La pose d'un pansement qui accompagne une suture de plaie attestée suivant les numéros 148013, 148035, 148050, 148072, 148094, 148116, 148131 et 148153 peut-elle être attestée pour son propre compte ?

REPONSE

Non. Le pansement effectué à l'occasion d'une suture de plaie ne peut être attesté : les honoraires attestés pour la suture comprennent les honoraires pour le pansement éventuel.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Comment peut-on tarifier la suture de la langue sectionnée à moitié dans sa partie la plus large ?

REPONSE

La suture de la langue doit être attestée selon le cas 148094 - 148105 Suture par fils de plaies autres que celles de la face : une ou deux plaies K 12 ou 148131 - 148142 Suture par fils de plaies autres que celles

de la face nécessitant la résection de tissus nécrotiques et/ou l'hémostase des tissus sous-cutanés par ligature : une ou deux plaies K 20.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Quels honoraires peuvent être portés en compte pour l'extraction de fils à travers une plaie non cicatrisée résultant d'une intervention chirurgicale ?

REPONSE

L'extraction de fils placés lors d'une intervention chirurgicale fait partie de l'acte opératoire et ne peut être attestée en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Incision d'un kyste sébacé surinfecté ou d'une hydrosadénite du creux axillaire.

REPONSE

S'il s'agit d'une incision de kyste sébacé surinfecté ou d'une hydrosadénite du creux axillaire, la prestation peut être assimilée à la prestation prévue sous le n° 145574 - 145585 Incision de phlegmon superficiel ou d'anthrax K 10.

S'il s'agit d'une excision, la prestation doit être tarifée sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

La prestation 353231 – 353242 ne peut être honorée comme telle lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en dermato - vénéréologie.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Infiltration péri-artérielle du sympathique au niveau de la région inguinale pour anesthésie complète du sympathique en vue d'une élimination du spasme et une dilatation des vaisseaux sanguins.

REPONSE

L'infiltration décrite doit être attestée sous le n° 144270 - 144281 * Infiltration du sympathique, par côté K 6.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Plasmaphèreses ou cytophèreses effectuées à titre thérapeutique, visant à enlever au patient électivement un composant du sang (globules rouges, plasma, para protéines, cryoglobulines, excès de globules blancs et de plaquettes), tout en lui restituant les autres composants.

REPONSE

La plasmaphérèse ou la cytophérèse doit être attestée sous le n° 474331 - 474342 Exsanguino-transfusion K 130.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

L'injection sclérosante des veines pour varices est reprise à la nomenclature des prestations de santé sous le n° 144071 - 144082 * K 4. Comment doit-on tarifier lorsque l'on sclérose au cours de la même séance sept ou huit varices différentes ?

REPONSE

La prestation n° 144071 - 144082 * K 4 ne peut être attestée qu'une fois par séance, quel que soit le nombre de varices sclérosées.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Les honoraires pour la prestation 112033 - 112044 Injection anesthésiante pour entorse K 4 peuvent-ils être cumulés avec les honoraires de consultation, du fait que les dispositions de l'art. 1er, § 6, stipulent que : « les honoraires... pour anesthésie ..., ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade. »

REPONSE

Par le terme « anesthésie », sont visées exclusivement les prestations du chapitre V, section 3, de la nomenclature. Dès lors, les honoraires pour la prestation 112033 - 112044 sont cumulables avec les honoraires de consultation au cabinet du médecin ou de visite au domicile du malade.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Quelle prestation faut-il porter en compte pour les infiltrations para vertébrales pratiquées en cas de spondylarthrose multi-étagée douloureuse aux niveaux cervical et lombaire, avec radiculalgies bilatérales ?

REPONSE

La prestation 144292 - 144303 * Infiltration para vertébrale K 6 doit être attestée une fois, quel que soit le nombre d'infiltrations effectuées au cours de la même séance.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Les prestations 149170 - 149181 *Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang, de concentré de globules rouges ou de plaquettes pour une indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique K 25 et 474655 - 474666 ** Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang ou de plasma chez un enfant de moins de sept ans K 25 peuvent-elles être portées en compte plus d'une fois par 24 heures ?

REPONSE

Etant donné que le libellé précise qu'il s'agit d'une surveillance médicale lors d'une transfusion, les prestations 149170 - 149181* K 25 et 474655 - 474666** K 25 ne peuvent être attestées qu'une fois par 24 heures, quels que soient le nombre de voies d'introduction et le nombre d'unités administrées.

Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

Peut-on porter en compte plus d'une prestation au cours de la même séance en ce qui concerne les prestations :

112313 – 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10;

531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ?

REPONSE

La prestation 112313 - 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10 ne peut être attestée qu'une fois par séance, quel que soit le nombre d'injections et de lésions traitées.

La prestation 531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ne peut être attestée qu'une fois par séance quel que soit le nombre d'injections et d'angiomes traités.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Les soins pour nécroses et escarres de décubitus chez les patients hospitalisés peuvent-ils être portés en compte sous le numéro 145305 * Pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues en période d'hospitalisation K 8 ?

REPONSE

Les soins pour nécroses et escarres de décubitus chez les patients hospitalisés sont essentiellement des soins de nursing et sont couverts par le prix de journée d'entretien. Ces soins ne doivent pas être confondus avec le « pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues, en période d'hospitalisation » prévu sous le n° 145305 * et qui doit :

a) être effectué par le médecin lui-même ou en compagnie de collaborateurs qualifiés dont il dirige les interventions (cf. article 1er, § 4bis, II. A, c, dernier alinéa, de la nomenclature des prestations de santé);

b) viser des lésions étendues;

c) consister en un pansement compliqué et non en la simple application de compresses, badigeonnages, etc....;

d) s'appliquer à des lésions dermatologiques à l'exclusion des plaies opératoires.

Il est à signaler que la nomenclature des prestations de santé prévoit aussi la prestation 280814 - 280825 Excision d'escarres fessières sous anesthésie générale N 100, qui est réservée au chirurgien.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Que vise le geste opératoire repris sous le numéro de code 244635 - 244646 Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75 ? Comment faut-il comprendre cet intitulé par rapport au code 112276 - 112280 Incision d'abcès de l'anus K 6 ?

Le code 145574 - 145585 Incision de phlegmon superficiel ou d'anthrax K 10 est-il applicable à la région anale ?

REPONSE

Lorsqu'un numéro spécifique est prévu à la nomenclature des prestations de santé, c'est ce numéro qui doit être attesté.

La prestation 112276 - 112280 Incision d'abcès de l'anus K 6 vise le drainage d'un abcès sous-cutané par incision simple et sous anesthésie loco-régionale.

Par contre, la prestation 244635 - 244646 Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75 concerne le traitement complexe d'une lésion inflammatoire nécessitant une anesthésie générale et consistant en une résection des tissus nécrotiques et fibreux et éventuellement de la coque.

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

Que faut-il entendre par les termes : post-traumatique, post chirurgicale ou post-hémorragique mentionnés dans le libellé de la prestation 149170 – 149181 * Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang, de concentré de globules rouges ou de plaquettes pour une indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique K 25 ?

REPOSE

La notion d'indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique n'autorise le remboursement de la prestation 149170 – 149181 * K 25 que dans des situations qui ne sont pas liées à un traumatisme, une intervention chirurgicale ou une hémorragie.

La prestation 149170 – 149181 * K 25 ne peut dès lors pas être attestée lorsqu'il existe une relation directe de cause à effet entre le traumatisme, l'intervention chirurgicale ou l'hémorragie d'une part et la transfusion d'autre part.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 3 (Soins courants - Prestations techniques médicales), notamment les règles publiées sous la rubrique 301 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 9, b), c), d) (Prestations d'obstétrique qui requièrent la qualification de médecin) :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Un médecin généraliste agréé effectue la prestation 424115 - 424126 ° Intervention obstétricale pour fausse couche de 4 à 6 mois... K 75.

Le même jour, un médecin spécialiste en gynécologie est appelé à effectuer un curetage chez la même personne.

Peut-on rembourser cette dernière prestation en supplément de la prestation 424115 - 424126 ?

REPOSE

La prestation 220290 - 220301 ° Curetage utérin, curatif ou explorateur... K 50 peut être attestée en supplément de la prestation 424115 - 424126 ° Intervention obstétricale pour fausse couche... K 75.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Les honoraires pour curetage utérin peuvent-ils être portés en compte pendant les 10 jours d'hospitalisation qui suivent l'accouchement ?

REPONSE

Le curetage effectué dans les 48 heures qui suivent l'accouchement est considéré comme une manœuvre de l'accouchement : il est couvert par les honoraires payés pour celui-ci. En dehors de ce délai, le remboursement de l'assurance peut être accordé sous le n° 220290 - 220301 ° Curetage utérin, curatif ou explorateur, y compris éventuellement la dilatation et le prélèvement pour biopsie endo-utérine K 50.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Comment convient-il de tarifer une petite césarienne de Brindeau pour grossesse morte d'environ 5 mois 1/2 ?

REPONSE

La césarienne ne figure qu'à la rubrique accouchement. Or, l'on considère comme accouchement, l'intervention effectuée à partir du 180e jour de gestation. Partant, dans le cas de fœtus de 5 mois 1/2, il ne s'agit donc pas d'un accouchement. Le remboursement de l'assurance pour l'intervention pratiquée peut être accordé sous le n° 432250 - 432261 Hystérotomie par voie abdominale K 180.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Un gynécologue effectue un accouchement. Une semaine après, une inversion utérine a été diagnostiquée et le même médecin pratique la réduction sous anesthésie générale. Cela s'est effectué sans devoir procéder à une laparotomie. Peut-on dans ce cas tarifer la prestation 424174 - 424185 Intervention chirurgicale pour inversion utérine... K 225 ?

REPONSE

D'après les explications fournies par le médecin spécialiste en gynécologie, il apparaît que la réduction de l'inversion utérine n'a pas nécessité de laparotomie; il ne s'agit donc pas d'une intervention chirurgicale visée par la prestation 424174 - 424185 Intervention chirurgicale pour inversion utérine consécutive à un accouchement K 225.

Dès lors, cette réduction de l'inversion utérine ne fait pas l'objet d'un remboursement. Dans ce cas, l'anesthésie générale pratiquée par un médecin spécialiste en anesthésiologie sera tarifée sous le n° 202031 - 202042 Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une suture du périnée, d'une délivrance du placenta ou d'une reposition manuelle d'une inversion utérine K 36.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Une femme accouche à domicile, sans l'assistance d'un médecin, ni celle d'une accoucheuse.

Le lendemain, l'accouchée est admise dans un hôpital pour une suture du périnée.

Sous quel numéro de code la suture du périnée doit-elle être attestée ?

REPONSE

La prestation doit être remboursée sous le n° 424130 - 424141 ° Suture du périnée, à la suite d'un accouchement par accoucheuse K 35.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Quelles sont les prestations requérant la qualification de médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, figurant sous le point c) de l'article 9 de la nomenclature, qui peuvent être attestées par un médecin spécialiste en chirurgie ?

REPONSE

Les prestations 424071 - 424082 à 424233 - 424244 peuvent être attestées par un médecin spécialiste en chirurgie.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 9 b), c), d) (Prestations d'obstétrique qui requièrent la qualification de médecin), notamment les règles publiées sous la rubrique 400 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 10, § 4, (Prestations techniques médicales spéciales – Dispositions générales : prestations connexes)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Quelles sont les prestations requérant la qualification de médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, figurant sous le point c) de l'article 9 de la nomenclature, qui peuvent être attestées par un médecin spécialiste en chirurgie ?

REPONSE

Les prestations 424071 - 424082 à 424233 - 424244 peuvent être attestées par un médecin spécialiste en chirurgie.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

La prestation n° 291012 - 291023 Trépanation du tibia N 200 est-elle remboursée lorsqu'elle a été effectuée, au titre d'acte connexe, par un médecin spécialiste agréé en médecine physique et en réadaptation ou en physiothérapie ou en rhumatologie ?

REPONSE

La liste des actes connexes n'est pas codifiée en raison même de la multiplicité de ces prestations et de la diversité des conditions dans lesquelles elles peuvent s'effectuer. Ils doivent répondre au souci de permettre à un médecin spécialiste de procéder lui-même aux examens qui contribuent au diagnostic d'une affection relevant de sa discipline et de parfaire par des thérapeutiques complémentaires ou accessoires les traitements relevant spécifiquement de sa spécialité.

Une intervention chirurgicale sanglante (en l'occurrence une intervention sur les os) ne peut être considérée comme prestation connexe à la spécialité de médecine physique ou de réadaptation ou physiothérapie ni à la rhumatologie.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Un pédiatre contrôlant l'audiométrie avec audiogramme chez des enfants en convalescence d'otite ou présentant des difficultés scolaires peut-il porter en compte la prestation n° 254995 - 255006 Audiométrie tonale ou vocale, avec tracé K 18 ?

REPONSE

L'audiométrie avec audiogramme ne peut pas être considérée comme une prestation connexe à la pédiatrie.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Les manipulations vertébrales peuvent-elles être considérées comme connexes à l'oto-rhino-laryngologie ?

REPONSE

Les manipulations vertébrales ne peuvent être considérées comme connexes à l'oto-rhino-laryngologie.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Les prestations suivantes peuvent-elles être considérées comme connexes à la neuropsychiatrie :

257655 - 257666

Phonétogramme avec graphique K 21,

257670 - 257681

Examen stroboscopique des vibrations des cordes vocales K 5,

257692 - 257703

Electroglottogramme, y compris le phonogramme de référence éventuel, avec protocole et extraits des tracés K 10,

257714 – 257725

Sono gramme, quel que soit le nombre de tracés obtenus par des filtres différents (représentation graphique de la répartition de l'énergie du son, d'un échantillon de la parole, sur l'étendue de la fréquence dans le temps), protocole et tracés K 27,

258274 – 258285

Examen stroboscopique des cordes vocales par un système optique rigide ou par fibroscopie, avec ou sans enregistrement des mouvements avec caméra et magnétoscope K 40 ?

REPONSE

Les prestations n°s 257655 - 257666 Phonétogramme avec graphique... K 21, 257670 - 257681 Examen stroboscopique... K 5, 257692 - 257703 Electroglottogramme... K 10, 257714 - 257725 Sonogramme... K 27 et 258274 - 258285 Examen stroboscopique... K 40 sont des examens de diagnostic qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et ne peuvent être considérées comme connexes à la neuropsychiatrie.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Peut-on rembourser au titre de prestations connexes les prestations de biologie clinique effectuées par un spécialiste en médecine physique et en réadaptation ?

REPONSE

Les prestations de biologie clinique classées à l'article 24 de la nomenclature des prestations de santé ne peuvent pas être considérées comme connexes à la spécialité de médecine physique et réadaptation.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Les épreuves fonctionnelles pulmonaires sont-elles connexes à l'anesthésiologie ?

REPONSE

Les épreuves fonctionnelles pulmonaires ne peuvent être considérées comme connexes à l'anesthésiologie.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Les prestations de proctologie suivantes sont-elles connexes à la médecine interne :

244215 – 244226

Cerclage de l'anus pour prolapsus rectal N 100

244252 – 244263

Extirpation d'un corps étranger du rectum ou de fécalomes sous anesthésie générale N 40

244311 – 244322

Résection d'une tumeur villositaire du rectum (un double de l'examen anatomo-pathologique doit être tenu à la disposition du médecin-conseil) par les voies naturelles N 200

244355 – 244366

Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes du rectum y compris la rectoscopie, par séance N 50

244370 – 244381

Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes du sigmoïde, par voie endoscopique, par séance N 125

244436 – 244440

Résection chirurgicale de la fistule anale trans-sphinctérienne ou supra-sphinctérienne combinée ou non avec le traitement par la méthode de la tresse en un ou plusieurs temps N 250

244451 – 244462

Cure opératoire de la fistule anale sous-sphinctérienne N 50

244495 – 244506

Résection de fissure anale avec sphinctérotomie et abaissement de la muqueuse N 175

244510 – 244521

Résection de fissure anale N 90

244532 – 244543

Dilatation anale sous anesthésie générale, prestation isolée N 40

244554 – 244565

Cure radicale d'hémorroïdes comportant résection, ligature des pédicules et abaissement muqueux, quelle que soit la technique utilisée N 200.

244576 – 244580

Cure complète d'hémorroïdes internes multiples par diathermo-résection ou résection chirurgicale N 125

244591 – 244602

Excision ou diathermo-résection d'un paquet hémorroïdaire interne unique avec dilatation anale N 75

244635 – 244646

Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75

244473 – 244484

Fissurectomie avec sphinctérotomie N 125?

REPONSE

Les prestations citées ne peuvent être considérées comme connexes à la médecine interne.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Dans un service de gynécologie comptant plusieurs gynécologues, tous les examens anatomopathologiques sont effectués par un de ces médecins, non reconnu en anatomie pathologique : s'agit-il dans ce cas d'actes connexes, remboursés par l'assurance ?

REPONSE

La notion de connexité telle qu'elle est définie à l'article 32, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, a trait uniquement au malade qui est soigné par le médecin lui-même dans le cadre de sa propre spécialité.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Les prestations suivantes sont-elles accessibles au médecin spécialiste en anesthésiologie lorsqu'elles sont effectuées hors de la narcose ?

257294 – 257305

Bronchoscopie sans prélèvement biopsique, et/ou bronchoscopie avec aspiration thérapeutique K 57
474051 – 474062

** Ponction fémorale, jugulaire ou du sinus longitudinal chez l'enfant de moins de sept ans K 10

474191 – 474202

** Ponction artérielle ou veineuse, après dénudation du vaisseau chez l'enfant de moins de sept ans K 12

474250 – 474261

** Tubage gastrique chez l'enfant de moins de sept ans K 8

474390 – 474401

Intubation trachéale sous laryngoscopie directe (en dehors de la narcose) chez le nouveau-né (jusqu'à l'âge de 15 jours), y compris la respiration artificielle éventuelle d'une durée ne dépassant pas une heure (non cumulable avec les prestations nos 211013 - 211024 et 211035 - 211046 du chapitre réanimation) K 51

474456 – 474460

Mise en place d'un cathéter ombilical chez le nouveau-né en dehors de la narcose, non cumulable avec l'exsanguino-transfusion K 18

474294 – 474305

** Perfusion intraveineuse chez l'enfant de moins de sept ans K 15

REPONSE

Conformément aux dispositions de l'article 10, § 4, de la nomenclature des prestations de santé, le médecin spécialiste en anesthésiologie peut attester, à titre d'actes connexes, les prestations citées ci-dessus lorsqu'il les effectue en dehors de la narcose.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

La prestation 558795 – 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle reprenant au moins deux des techniques ci-dessous, par séance rééducation par le mouvement, hydrothérapie en piscine, ergothérapie, psychomotricité, électrothérapie, exercices avec prothèses et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes) K 15 peut-elle être attestée par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique?

REPONSE

Les prestations thérapeutiques de physiothérapie peuvent être attestées à titre connexe par certains prestataires (ex. chirurgien orthopédiste) pour leurs propres patients, à l'exception des prestations de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire (558810 – 558821 K 30 et 558832 – 558843 K 60) que la nomenclature réserve au physiothérapeute ou au médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle.

Lorsque la nomenclature des prestations de santé précise que :La prestation n° 558633 – 558644 peut également être remboursée quand elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale, par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou par un médecin spécialiste en rhumatologie. » , elle n'entend pas interdire l'accès aux autres prestations de la nomenclature de physiothérapie au médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, mais elle veut préciser que la prestation 558633 -558644 Mise en évidence de douleurs dorsales et articulaires orthopédiques dorsolombaires atypiques... K 50 est considérée comme faisant partie de la nomenclature du chirurgien orthopédiste. La question de la connexité ne se pose dès lors pas vis-à-vis du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour cette prestation.

Cela n'empêche pas les règles de la connexité de s'appliquer (ou non), pour les autres prestations de physiothérapie (à l'exception des prestations 558810 – 558821 K 30 et 558832 – 558843 K 60) effectuées par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou un autre prestataire non physiothérapeute.

Le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique peut, pour ses propres malades qu'il soigne dans le cadre de sa spécialité, porter en compte les prestations de l'article 22, II a) Prestations thérapeutiques, pour autant que les conditions concernant la présence physique, reprises à l'article 1er, §4bis, II, B, 2, de la nomenclature soient remplies.

La prestation 558795 – 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle... K 15 peut dès lors être attestée à titre d'acte connexe, par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour ses propres patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa spécialité.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 10, § 4, (Prestations techniques médicales spéciales – Dispositions générales : prestations connexes), notamment les règles publiées sous la rubrique 501(02) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 11 (Prestations spéciales générales)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Comment faut-il attester le placement avec tunnellation d'un cathéter veineux central à lumière double ou multiple ?

REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le numéro 354196 – 354200
Tunnellation d'un cathéter veineux central type Hickman – Broviac pour usage de longue durée K 38.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Pendant une même séance, plusieurs ponctions articulaires 355390 – 355401 °*Ponction articulaire, avec ou sans injection médicamenteuse K 10 sont effectuées.

Combien de fois la prestation 355913 – 355924 Supplément aux prestations n°s 355353 – 355364, 355375 – 355386, 355390 – 355401, 355434 – 355445, 355456 – 355460, 355552 – 355563, 355596 – 355600, 355611 – 355622, 355633 – 355644, 355670 – 355681, 355714 – 355725, 355751 – 355762 et 355773 – 355784, lorsque celles-ci sont effectuées sous contrôle échographique ou radiographique K 20 peut-elle être attestée?

REPONSE

La prestation 355913 – 355924 Supplément aux prestations ... K 20 ne peut être attestée qu'une seule fois.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Comment y a-t-il lieu de tarifier l'ablation de deux kystes sébacés, l'un de la main droite, l'autre de la main gauche au cours de la même séance opératoire ?

REPONSE

L'ablation d'un kyste sébacé de la main est remboursable sous le n° 353231 - 353242 ° K 40. En cas d'ablation d'un kyste à chaque main au cours de la même séance opératoire, le remboursement est de 353231 – 323242 ° K 40 +353231 – 353242 ° K40/2).

Le terme «par cure» doit s'entendre dans le sens que l'on ne rembourse qu'une fois l'ablation ou la destruction d'une même lésion.

Si l'on traite au cours d'une même séance plusieurs lésions groupées dans un même champ, la prestation 353231 - 353242 ne peut être attestée qu'une seule fois par champ.

La prestation 353231 – 353242 ne peut être honorée comme telle lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en dermato - vénéréologie.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Quelle tarification y a-t-il lieu d'adopter pour l'exérèse d'un lipome situé à l'omoplate ?

REPONSE

L'exérèse d'un lipome situé à l'omoplate doit être tarifée sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Comment tarifier une électrocoagulation d'une prolifération cellulaire hyper mitotique invasive ou potentiellement invasive du rectum après dilatation ?

REPONSE

La prestation est remboursable sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Quel est le remboursement pour une bunionectomie au niveau de l'articulation du gros orteil ?

REPONSE

La prestation doit être tarifée sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

La prestation 350055 - 350066 * Recherche complète de l'allergène par la méthode des tests successifs, avec rapport de synthèse K 20 peut-elle être tarifée autant de fois qu'il y a de séances ?

REPONSE

Etant donné que le libellé mentionne qu'il s'agit en l'occurrence d'une recherche complète, la prestation vise le bilan complet et, de ce fait, il est exclu de rembourser la prestation 350055 - 350066 par séance ou par série de tests.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Proliférations suspectes sur une cicatrice du fond du vagin : extirpation au bistouri électrique, par copeaux successifs, d'une grosse masse jouxtant la vessie.

REPONSE

La prestation est prévue sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Sous intubation, l'on procède par incisions différentes à l'ablation de 10 lésions distinctes situées au niveau du cuir chevelu. (Il s'agissait de granulomes annulaires.)

REPONSE

L'ablation de granulomes situés au niveau du cuir chevelu doit être tarifée une fois sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Cryothérapie pour lésions simultanées de la main droite et du pied gauche. Peut-on tarifer 353194 – 353205 ° * K 5 + 353194 - 353205° * K5/2 ?

REPONSE

La prestation n° 353194 – 353205 ° * K 5 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par séance, quel que le nombre de lésions traitées.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Perforation à l'aide d'un bistouri électrique de l'écorce des deux ovaires à plusieurs endroits pour le traitement d'une sclérose hypertrophique (Stein-Leventhal). L'accès s'est fait au moyen du laparoscope au lieu de pratiquer une large laparotomie.

REPONSE

La perforation à l'aide d'un bistouri électrique de l'écorce des deux ovaires sous laparoscopie doit être attestée sous le n° 432530 - 432541 Ovarioplastie ou myomectomie (myome de diamètre inférieur à 2 cm) ou traitement d'endométriose avec confirmation anatomopathologique K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Pour un cor surmontant un hygroma, le médecin excise le cor et résèque la bourse séreuse. Quelle est la tarification ?

REPONSE

A l'exclusion des résections de bourses séreuses prévues comme telles à la nomenclature et qui doivent dès lors être attestées sur base de leur numéro de code spécifique, la résection d'une bourse séreuse doit être tarifée sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure, K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Ponction de la crête iliaque.

REPONSE

La ponction de la crête iliaque est tarifée sous le n° 355692 – 355703 °* Ponction d'un organe hématopoïétique, à l'exclusion du foie et de la rate K 10,5.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Injection transpariétale d'antibiotiques dans une caverne pulmonaire.

REPONSE

La prestation qui n'est pas prévue comme telle à la nomenclature peut être assimilée à la prestation n° 355434 – 355445 °* Ponction d'ascite ou de pleurésie K 10,5.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Comment faut-il tarifier la biopsie sternale ?

REPONSE

La biopsie sternale doit être attestée sous le n° 355692 – 355703 °* Ponction d'un organe hématopoïétique, à l'exclusion du foie et de la rate K 10,5.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

Prélèvement biopsique de la synoviale à l'aiguille.

REPONSE

Le prélèvement biopsique de synovie fermée doit être tarifé sous le n° 355390 – 355401 °* Ponction articulaire, avec ou sans injection médicamenteuse K 10.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Il arrive parfois que des nouveau-nés présentent des bosses sérosanguines fort importantes, soit spontanées, soit provoquées par l'action de la ventouse, qu'il convient de ponctionner.

Cette ponction est effectuée par le pédiatre au moment de la sortie de maternité, lorsque l'évolution montre que la résolution ne se fera que très lentement.

REPONSE

La ponction d'hématome n'est pas prévue à la nomenclature des prestations de santé. Les honoraires pour la prestation sont couverts, selon le cas, par les honoraires éventuels de surveillance des bénéficiaires hospitalisés ou par les honoraires éventuels de consultation ou de visite.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Une ponction de ganglion lymphatique peut-elle être portée en compte sous le n° 355692 – 355703 °* Ponction d'un organe hématopoïétique, à l'exclusion du foie et de la rate K 10,5?

REPONSE

La prestation 355692 – 355703 °* Ponction d'un organe hématopoïétique, à l'exclusion du foie et de la rate K 10,5 vise la ponction médullaire (sternale et de la crête iliaque). La ponction d'un ganglion lymphatique doit être tarifée sous le n° 355331 – 355342 °* Ponction d'abcès froid K 4.

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

Ponction transthoracique du ventricule gauche, effectuée sous contrôle échographique ou fluoroscopique, pour mesurer la pression dans le cas de sténose de la valvule aortique.

REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le n° 355471 – 355482 °* Ponction de péricardite (y compris les injections et lavages éventuels) sous contrôle le échographique ou fluoroscopique K 41.

REGLE INTERPRETATIVE 20

QUESTION

Peut-on rembourser comme injection intra-articulaire une injection pratiquée au niveau de la jonction chondro-sternale?

REPONSE

Les injections qui ne sont pas pratiquées dans les articulations ne peuvent être attestées. Les injections au niveau de la jonction chondro-sternale ne peuvent être assimilées à des injections intra-articulaires. Elles sont couvertes par les honoraires éventuels de consultation ou par les honoraires éventuels de surveillance du bénéficiaire hospitalisé.

REGLE INTERPRETATIVE 21

QUESTION

Trocardisation vésicale avec mise en place d'un drain sus-pubien.

REPONSE

Cette intervention est prévue sous le n° 355375 – 355386 °* Ponction vésicale K 10,5.

REGLE INTERPRETATIVE 22

QUESTION

Le supplément pour utilisation de la méthode au laser, à l'exclusion du YAG (355014 – 355025) peut-il être attesté lors de la réalisation de certaines interventions gynécologiques effectuées par voie laparoscopique?

REPONSE

La prestation 355014 – 355025 peut être attestée pour l'utilisation d'un laser, à l'exclusion du YAG, lors de la réalisation des prestations 432530 – 432541, 432574 – 432585, 432596 – 432600, 432633 – 432644 ou 432692 – 432703 par voie laparoscopique. En effet, ces prestations correspondent aux prestations réalisées par laparotomie énumérées dans le libellé de la prestation 355014 – 355025.

REGLE INTERPRETATIVE 23

QUESTION

Autopsies pratiquées dans les cas suivants : 1. Une autopsie faite à l'extérieur de l'hôpital (par exemple dans un funérarium public) peut-elle être attestée et remboursée par l'assurance (dans le cas où elle n'est pas faite par le médecin légiste) : l'examen est fait pour préciser un diagnostic de mort naturelle. 2. En variante : si un patient n'est pas hospitalisé mais est amené à l'hôpital décédé, par exemple durant son transport lors d'un accident sur la voie publique, ou un bébé mort-né en intra hospitalier, ou encore un bébé décédé à domicile (apnée du nourrisson) amené à l'hôpital pour autopsie.

REPONSE

Pour pouvoir être attestée, la prestation 350313-350324 doit répondre au libellé suivant :

Rapport écrit d'une période d'hospitalisation, dans un lit aigu dans un hôpital général rédigé par une équipe médicale multidisciplinaire à l'intention du médecin-chef, chargé de l'organisation du contrôle de la qualité. Ce rapport comprend le diagnostic lors de l'admission, le processus d'établissement du diagnostic et du traitement et le diagnostic principal définitif accompagné éventuellement d'un diagnostic complémentaire. Le diagnostic définitif doit être confirmé par le rapport d'un examen complet post-mortem établi par un médecin spécialiste en anatomopathologie et comprenant au moins l'examen macroscopique et microscopique du système cardiovasculaire, pulmonaire, gastro-intestinal et urogénital, de même que d'autres organes qui constituent un élément pertinent de l'anamnèse (minimum 15 prélèvements) K 440.

Elle peut être remboursée dans les cas suivants pour autant que les critères de remboursement mentionnés ci-dessus soient réalisés :

- 1) chez un enfant mort-né;
- 2) chez un nouveau-né décédé;
- 3) chez un patient décédé après son admission;
- 4) chez un fœtus né sans vie après le cent quatre-vingtième jour de grossesse.

S'il s'agit d'un bébé mort-né à domicile dont la maman est hospitalisée après l'accouchement, la prestation 350324 ne peut pas être attestée.

Le protocole de l'examen anatomo-pathologique ne constitue qu'une composante de la prestation 350324 Rapport écrit d'une période d'hospitalisation ... K 440. Il ne peut, à lui seul, donner lieu au remboursement de la prestation 350324 K 440, qui correspond à un rapport écrit d'une période d'hospitalisation rédigé par une équipe médicale pluridisciplinaire.

Dans le cas où l'autopsie est faite à l'extérieur de l'hôpital, il ne s'agit pas d'un bénéficiaire hospitalisé; par conséquent la prestation 350313-350324 ne peut pas être attestée. En effet, le code ambulatoire 350313 est sans objet.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 11 (Prestations spéciales générales), notamment des règles publiées sous les rubriques 301 et 502 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 12 (Anesthésiologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Revascularisation myocardique effectuée avec un système de stabilisation cardiaque par ventouse.

REPONSE

Les prestations suivantes peuvent être attestées : par le chirurgien :

229611 – 229622

Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s) N 1890, par l'anesthésiste :

201176 – 201180

Honoraires complémentaires pour les interventions sur le cœur ou les gros vaisseaux intra thoraciques sous circulation extra-corporelle ou pour les prestations n°s 318010 - 318021, 318054 – 318065 et 318076 – 318080 K 240.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Un service d'anesthésiologie et de réanimation demande quel est le numéro de code pour la mesure du CO2 respiratoire par capnographie.

REPONSE

Les honoraires pour l'anesthésie comprennent les honoraires pour les mesures effectuées par le médecin spécialiste en anesthésiologie pendant l'anesthésie. La prestation 214211 - 214222 Etude de l'élimination du CO2 alvéolaire N 7 est prévue dans le cadre de la réanimation.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Quelle est la tarification à appliquer pour une anesthésie péridurale (infiltration d'une racine d'un nerf latéral de la colonne vertébrale) ?

REPONSE

La prestation est à tarifier sous le n° 201272 - 201283 K 30 lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie en vue d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature ou encore dans un but thérapeutique; aucun remboursement ne peut être accordé lorsqu'elle est effectuée par un médecin non spécialiste en anesthésiologie. A noter que cette prestation ne vise pas l'injection épidurale ni l'infiltration para vertébrale qui sont prévues comme telles au chapitre des soins courants.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Quel est le remboursement prévu pour l'anesthésie effectuée lors du placement ou de l'enlèvement d'aiguilles radifères ?

REPONSE

Si le placement ou l'enlèvement du radium implique une intervention chirurgicale remboursée comme telle, l'anesthésie est tarifée par référence à la catégorie dans laquelle est classée l'intervention.

S'il n'y a pas d'intervention chirurgicale, les honoraires d'anesthésie sont ceux prévus soit sous le numéro 201191 - 201202 K 72 soit sous le numéro 201213 - 201224 K 36 suivant la localisation et pour autant qu'il s'agisse d'une anesthésie générale.

Ces prestations requièrent la qualification de médecin spécialiste en anesthésiologie.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

On pratique une ostéosynthèse puis on immobilise par un plâtre. Le chirurgien demande l'entièreté des honoraires pour l'ostéosynthèse et la moitié des honoraires pour le plâtre. Comment se calculent les honoraires du médecin spécialiste en anesthésiologie ?

REPONSE

Exemple : Ostéosynthèse d'une fracture de la diaphyse de la jambe avec mise en place d'un plâtre.

Honoraires pour l'intervention : 290555 - 290566 Traitement sanglant d'une fracture de la diaphyse du tibia N 300 + 299154 - 299165 ° Appareil plâtré cruro-pédieux, cruro-malléolaire N75/2.

Les honoraires pour l'anesthésie se calculent sur la valeur relative des prestations et compte tenu des dispositions de l'article 12, § 3, 6°, de la nomenclature qui stipulent qu'en cas de prestations multiples au cours d'une même séance, l'anesthésie correspondant à la prestation affectée du nombre coefficient le plus élevé est honorée à 100 %, les anesthésies correspondant aux prestations supplémentaires à 50% de la valeur.

Cependant, les anesthésies pour les prestations supplémentaires ne peuvent pas être honorées notamment :

- dans le cas où des interventions chirurgicales multiples sont exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire;
- lorsque les prestations chirurgicales et/ou autres supplémentaires sont affectées d'un nombre coefficient inférieur à K 120 ou N 200 ou I 200.

Dès lors, dans l'exemple proposé, les honoraires pour l'anesthésie sont fixés à 200211 - 200222 K 72.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Anesthésie effectuée par un médecin spécialiste autre que l'anesthésiste, pour une prestation classée parmi les soins courants.

REPONSE

Cette anesthésie est à tarifier sur base des dispositions de l'article 12, § 2, ou de l'article 16, § 2 selon le cas.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Des chirurgiens opèrent certains de leurs patients sous anesthésie locale. Il arrive cependant occasionnellement qu'ils demandent à l'anesthésiste de donner un avis, dans le cadre de sa spécialité, au sujet de ces patients.

L'anesthésiste rend visite à ces patients après leur admission, les interroge, les examine, rédige un protocole d'examen et dépose des conclusions. Il y ajoute une prescription pour une prémédication

destinée à améliorer la qualité de l'anesthésie locale qui sera administrée pendant l'intervention. Sous quel numéro cette prestation peut-elle être tarifée ?

REPONSE

Si l'anesthésiste n'effectue pas d'actes techniques, il peut porter en compte le n° 599082 si les conditions prévues à la nomenclature des prestations de santé sont remplies.

Les actes techniques éventuels peuvent être portés en compte mais ne sont pas cumulables avec le n° 599082.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Amygdalectomie à la dissection (257390 - 257401 K 100) et suture des piliers pour hémorragie amygdalienne (257434 - 257445 K 50). Dans ce cas, peut-on tarifer l'anesthésie pour suture des piliers et dans l'affirmative, comment y a-t-il lieu de la porter en compte :

1. si la suture suit immédiatement l'amygdalectomie; 2. si la suture est exécutée dans une deuxième séance de traitement, suite à une hémorragie tardive ?

REPONSE

En ce qui concerne l'anesthésie pour l'amygdalectomie : l'anesthésie qui est pratiquée couvre globalement cette opération uni- ou bilatérale qui est prévue comme telle sous un seul numéro. Quant à la suture des piliers :

- lorsque celle-ci suit immédiatement l'intervention sur amygdales, aucun remboursement supplémentaire ne peut être accordé pour l'anesthésie. L'on doit considérer que la suture fait partie intégrante de l'intervention sur les amygdales au même titre qu'une ligature de vaisseau ou la suture de l'incision de la peau faite au cours ou à l'occasion d'une laparotomie;

- si elle est faite au cours d'une autre séance de traitement, à l'occasion d'une hémorragie tardive, les honoraires pour l'anesthésie et les honoraires pour l'intervention peuvent être tarifés à 100 %.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Quelle est la tarification pour l'anesthésie pratiquée par un anesthésiste lorsqu'un médecin gynécologue pratique, au cours d'une même séance, un accouchement dystocique (n° 424012 - 424023 K 155) plus une périnéorraphie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète, interventions pour lesquelles, conformément aux règles de la nomenclature, il ne porte en compte que la prestation n° 424012 - 424023 ?

REPONSE

L'anesthésie est portée en compte sous le n° 202016 - 202020 Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'un accouchement dystocique avec extraction forcée pale ou avec version podalique interne suivie d'une grande extraction K 72.

L'anesthésie pour la périnéorraphie et la réfection du sphincter anal est prévue sous le n° 202075 - 202086 Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une périnéorraphie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète K 72.

Ces deux prestations sont cumulables dans les limites des conditions prévues à l'article 12, § 3, 6°, c'est-à-dire 100 % pour la première, 50 % pour la seconde.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Au début et à la fin d'une anesthésie, on effectue des séances de respiration assistée par appareil d'Engström. Peuvent-elles être remboursées en supplément à l'anesthésie si elles sont faites :

- a) par l'anesthésiste lui-même?
- b) par un kinésithérapeute ?

REPONSE

Les séances de respiration assistée par appareil d'Engström au début et à la fin d'une anesthésie constituent un temps de l'anesthésie et ne peuvent être remboursées en supplément.

Par conséquent, il importe peu de savoir si l'anesthésiste a travaillé seul ou avec un auxiliaire.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Une anesthésie du sphéno-palatine peut-elle être attestée sous le n° 144270 - 144281 * Infiltration du sympathique, par côté K 6 ?

REPONSE

- a) s'il s'agit d'une anesthésie du rameau superficiel du sphéno-palatine par application d'un anesthésique sur la muqueuse sphéno-palatine, aucun remboursement n'est prévu;
- b) s'il s'agit d'une anesthésie du ganglion sphéno-palatine par injection dans le ganglion :

1. comme traitement isolé : 144270 - 144281 *K 6;

2. en vue d'une intervention : selon la valeur de l'intervention et la qualification du médecin qui pratique l'anesthésie, attester sur base des tarifs et conditions de l'article 12 de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Enlèvement de mèche placée lors d'une cholécystectomie. Dans ce cas, comment tarifier les honoraires du chirurgien et ceux de l'anesthésiste ?

REPONSE

L'enlèvement d'une mèche placée lors d'une cholécystectomie n'est pas remboursé en supplément des honoraires prévus pour l'intervention. Il s'agit de soins post-opératoires qui sont compris dans les honoraires fixés pour la cholécystectomie.

L'anesthésie générale effectuée par le médecin spécialiste en anesthésiologie doit être attestée sous le numéro de code 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose, ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Les médecins spécialistes en anesthésiologie sont souvent appelés à effectuer des anesthésies générales pour soins dentaires conservateurs, par exemple chez des bénéficiaires atteints de troubles du caractère ou de troubles mentaux.

Que peut-on tarifier pour l'anesthésie ?

REPONSE

Le supplément pour soins conservateurs sous anesthésie générale, prévu sous le n° 317273 - 317284 K 42 de la nomenclature est remboursable en plus des honoraires pour soins courants pour autant que toutes les conditions énoncées à l'article 15, § 10, de la nomenclature soient réalisées.

L'anesthésie générale peut être attestée sous le numéro 201250 - 201261 K 45 pour autant qu'elle soit effectuée en milieu hospitalier par un médecin spécialiste en anesthésiologie; sinon, aucune intervention ne peut être accordée.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

La prestation n° 477050 - 477061 Convulsivothérapie... K 25 n'étant pas précédée d'un astérisque, les honoraires pour l'anesthésie éventuelle peuvent être remboursés en supplément.

Sous quel numéro peut-on porter ceux-ci en compte et qu'en est-il lorsque l'anesthésie est effectuée soit par un médecin de médecine générale, soit par le neuropsychiatre lui-même ?

REPONSE

La prestation n° 477050 - 477061 n'est pas précédée d'un astérisque. Cela signifie que les honoraires pour l'anesthésie éventuelle peuvent être remboursés en supplément.

L'anesthésie générale n'est remboursable que lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie et doit être attestée sous le numéro de code 201110 - 201121 K 36.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

La petite chirurgie sous injection intraveineuse d'un anxiolytique, tels le diazépam, le midazolam..., peut-elle être considérée comme étant effectuée sous anesthésie générale ?

REPONSE

La petite chirurgie effectuée sous injection intraveineuse d'un anxiolytique myorelaxant tels le diazépam, le midazolam..., ne peut être considérée comme étant faite sous anesthésie générale.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

La prestation n° 475075 - 475086 peut-elle être attestée par un médecin spécialiste en anesthésiologie lorsqu'elle est effectuée :

A. pendant l'examen pré-opératoire effectué soit le jour même de l'intervention chirurgicale, soit les jours précédents;

B. pendant l'intervention chirurgicale elle-même;

C. pendant la surveillance post-opératoire ?

REPONSE

A. L'E.C.G. effectué pendant l'examen pré-opératoire par un anesthésiste soit le jour même de l'intervention chirurgicale, soit les jours précédents, peut être attesté.

B. L'E.C.G. effectué pendant l'intervention chirurgicale ne peut être attesté : les honoraires y afférents sont compris dans les honoraires pour l'anesthésie.

C. L'E.C.G. effectué pendant la surveillance post-opératoire peut être attesté s'il est pratiqué le lendemain de l'intervention; s'il l'est le jour même, les honoraires y afférents sont compris dans les honoraires pour l'anesthésie qui couvrent la surveillance post-opératoire des suites de cette anesthésie.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Que faut-il entendre par « examen préalable » dont il est question au point a) de l'article 12, § 3, 2°, de la nomenclature, qui précise que : « Les honoraires pour les prestations d'anesthésie comprennent :

a) l'examen préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie; » ?

Les prestations techniques suivantes peuvent-elles être attestées en supplément des honoraires d'anesthésie :

- tubage gastrique
- cathétérisme vésical
- épreuves de compatibilité croisées
- temps de saignement et de coagulation
- détermination du groupe sanguin ?

REPONSE

Par les termes « examen préalable », il faut entendre l'examen du malade que le médecin anesthésiste doit normalement effectuer avant de procéder à l'anesthésie. Les examens techniques de diagnostic tels que le temps de saignement et de coagulation et la détermination du groupe sanguin effectués à cette occasion peuvent être portés en compte.

Les honoraires pour l'anesthésie couvrent encore la surveillance peropératoire de l'état général du malade et la mise en oeuvre de toutes les prestations techniques nécessaires à la réalisation de cet objectif : il s'agit de la surveillance médicale et de tous les actes techniques qui doivent permettre de mener l'anesthésie à bonne fin.

Le tubage gastrique, les épreuves de compatibilité croisées et le cathétérisme vésical effectués dans le cadre d'une anesthésie ne sont pas remboursés en supplément des honoraires d'anesthésie. Les épreuves de compatibilité croisées font toujours partie de la transfusion de sang et ne peuvent jamais être portées en compte lors d'une intervention.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Greffe de Sparks : la greffe est disposée, par deux ou trois incisions, dans son lit, par exemple entre le triangle de Scarpa et le creux poplité, ou entre l'aorte abdominale et le creux poplité.

Cinq à sept semaines après ce placement, l'organisme a colonisé la greffe et les connexions vasculaires peuvent être établies. - Comment faut-il tarifier l'anesthésie effectuée lors du premier temps opératoire (placement de la greffe) ?

REPONSE

En ce qui concerne les honoraires du chirurgien, la prestation 235093 - 235104 Revascularisation d'une artère des membres par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection, avec greffe ou anastomose N 500 couvre toute l'intervention, que celle-ci soit faite en un ou plusieurs temps.

L'anesthésie effectuée lors de la mise en place de la greffe doit être attestée sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections

simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

L'anesthésie réalisée lors de la revascularisation doit être attestée sous le numéro 200130 - 200141 Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 500 et supérieure à K 270 ou N 450 ou I 450, K 129.

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

Traitement des douleurs rebelles par :

- infiltration d'un nerf au moyen d'un anesthésique local;
- blocage intercostal;
- infiltration des parties molles au moyen d'un anesthésique local;
- infiltration du ganglion stellaire;
- barbotage : aspirations et réinjections répétées de \pm 10 cc de liquide céphalo-rachidien par voie lombaire;
- injection intra-rachidienne d'une solution saline réfrigérée ou hypertonique.

REPONSE

Les trois premières prestations citées ne font pas l'objet d'un remboursement : elles sont couvertes par les honoraires éventuels de consultation ou par les honoraires éventuels de surveillance, sauf s'il s'agit d'une infiltration paravertébrale (144292 - 144303 * K 6).

Les infiltrations du ganglion stellaire doivent être tarifées sous le n° 144270 - 144281 * Infiltration du sympathique, par côté K 6.

Le barbotage, tel qu'il est décrit, peut être tarifé sous le n° 355493 - 355504** Ponction lombaire, exploratrice ou thérapeutique, avec ou sans manométrie K 10,5.

L'injection intra-rachidienne d'une solution saline réfrigérée ou hypertonique est prévue sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 20

QUESTION

Lors des réductions de fractures des maxillaires, la prestation 317295 - 317306 + Confection et pose de prothèses radifères, prothèses obturatrices, prothèses pour fracture et ankylose, prothèses maxillo-faciales, dilatateurs, mobilisateurs : maximum K 500, entre-t-elle en ligne de compte pour fixer le niveau des honoraires d'anesthésie ?

REPONSE

Non, les honoraires d'anesthésie sont fixés uniquement sur base des valeurs relatives prévues en stomatologie pour le traitement des fractures.

REGLE INTERPRETATIVE 21

QUESTION

La prestation 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré).. K 30 peut-elle être attestée journalièrement, même lorsque le cathéter lombaire reste en place et n'est pas remplacé ?

Cette prestation peut-elle être portée en compte une fois par 24 heures ?

REPONSE

La prestation 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) ... K 30 n'est remboursable qu'une seule fois pour l'administration d'une anesthésie épidurale continue pendant plusieurs jours consécutifs au moyen d'un cathétérisme épidural permanent.

REGLE INTERPRETATIVE 22

QUESTION

La prestation n° 261391 - 261402 K 180 prévoit des honoraires forfaitaires annuels pour la ou les résections endoscopiques d'une tumeur vésicale.

Sur quelle base les honoraires d'anesthésie peuvent-ils être calculés ?

REPONSE

L'anesthésie effectuée par le médecin spécialiste en anesthésie lors de chaque séance supplémentaire doit être attestée sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale ... pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 23

QUESTION

Comment faut-il tarifier l'anesthésie effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie lors des prestations nos 251311 - 251322 Greffe dermo-épidermique couvrant une surface de 50 cm² à 200 cm² K 120 et X x 251333 - 251344 Greffe dermo-épidermique couvrant une surface supérieure à 200 cm², en supplément de K 120 par multiple de 200 cm² en plus K 45 ?

REPONSE

Pour les prestations n°s 251274 à 251381 inclus, un système spécifique a été mis au point en matière d'honoraires pour le chirurgien. Le système est établi en fonction de l'étendue de la surface à traiter et non pas en fonction des champs à traiter.

La règle en matière de champs opératoires (article 15, §§ 3 et 4, de la nomenclature des prestations de santé) ne peut pas être appliquée pour déterminer les honoraires du chirurgien.

Par conséquent, il faut se référer à la valeur relative des prestations chirurgicales effectuées pour déterminer les honoraires de l'anesthésiste.

Cette règle interprétative vise les prestations en matière de greffes dermo-épidermiques de l'article 14 c) de la nomenclature et les prestations analogues

REGLE INTERPRETATIVE 24

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester l'injection épidurale d'une solution anti-inflammatoire (en général un corticoïde) et d'un produit anesthésique local, dans le cadre de la clinique de la douleur?

REPONSE

Les injections épidurales thérapeutiques, quelles qu'elles soient, peuvent être attestées sous le numéro de code 201272 – 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 12 (anesthésiologie) notamment les règles publiées sous la rubrique 503 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 13 (réanimation)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La prestation 475016 - 475020 ** Défibrillation électrique du coeur, y compris le contrôle le électrocardiographique pendant l'intervention K 50 peut-elle être portée en compte en cas d'intervention à thorax ouvert ?

REPONSE

Par analogie à la prestation 212111 - 212122 Défibrillation électrique du cœur en cas d'arrêt circulatoire et/ou électrostimulation du cœur par pace-maker externe, y compris le contrôle électrocardiographique, en dehors des interventions à thorax ouvert et des prestations 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 - 229180, N 96, la prestation 475016 - 475020 ne peut être attestée en cas de défibrillation ventriculaire au cours d'une intervention à thorax ouvert.

La règle interprétative précitée est d'application le jour de sa publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplace la règle interprétative publiée à ce jour concernant l'article 13 (réanimation), notamment la règle publiée sous la rubrique 504 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14, a) (Chirurgie générale)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Quelle tarification appliquer pour la prestation suivante : Enlèvement d'une tumeur bénigne profonde des parties molles, par exemple au niveau des tissus graisseux, des aponévroses, des tissus musculaires ?

REPONSE

L'enlèvement de tumeur bénigne profonde des parties molles n'est pas prévu comme tel à la nomenclature.

En matière de tarification, une tumeur doit être considérée comme profonde ou superficielle, selon qu'elle est située au-dessus ou en-dessous de l'aponévrose.

Dans ces conditions, l'enlèvement d'une tumeur superficielle pourra être attesté selon le cas :

- 353231 – 353242°

Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale ou électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature, de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40

- 220150 – 220161

Intervention chirurgicale pour tumeurs ou lésions non traumatiques de la face ou des lèvres, bénignes ou malignes superficielles K 30. Tandis que l'enlèvement d'une tumeur profonde pourra être attesté :

- 220231 – 220242

Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus K 75

- 220253 – 220264

Cure chirurgicale de phlegmon profond K 50

- 220275 – 220286

Exérèse de tumeurs expansives situées sous l'aponévrose dans les parties molles K 180

- 220334 – 220345

Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes expansives ou lésions de la face ou des lèvres, nécessitant résection large, plastique comprise K 180

- 220312 – 220323

Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes ou lésions de la face ou des lèvres, à l'exclusion des lésions cutanées K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Comment convient-il de tarifer l'excision d'un hématome profond et enkysté à l'intérieur du muscle brachial antérieur ?

REPONSE

L'excision d'un hématome profond et enkysté à l'intérieur du muscle brachial antérieur doit être attestée sous le n° 220231 - 220242 Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus K 75.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Enlèvement de mèche placée lors d'une cholécystectomie. Dans ce cas, comment tarifer les honoraires du chirurgien et ceux de l'anesthésiste ?

REPONSE

L'enlèvement d'une mèche placée lors d'une cholécystectomie n'est pas remboursé en supplément des honoraires prévus pour l'intervention. Il s'agit de soins post-opératoires qui sont compris dans les honoraires fixés pour la cholécystectomie.

L'anesthésie générale effectuée par le médecin spécialiste en anesthésiologie doit être attestée sous le numéro de code 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Que faut-il entendre par «tumeurs expansives» dans le cadre des prestations suivantes, prises à titre d'exemples :

220275 – 220286

Exérèse de tumeurs expansives situées sous l'aponévrose dans les parties molles K 180

220334 – 220345

Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes expansives ou lésions de la face ou des lèvres, nécessitant résection large, plastique comprise K 180

220312 – 220323

Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes ou lésions de la face ou des lèvres, à l'exclusion des lésions cutanées K 120.

REPONSE

On entend par « tumeurs expansives », les proliférations cellulaires hyper mitotiques invasives ou potentiellement invasives.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Fasciotomie interne et externe de la cuisse gauche sur toute la longueur pour gangrène gazeuse ou cellulite septique.

REPONSE

La prestation doit être attestée sous le n° 220253 - 220264 Cure chirurgicale de phlegmon profond K 50.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Comment tarifier une électrocoagulation d'une prolifération cellulaire hypermitotique invasive ou potentiellement invasive du rectum après dilatation ?

REPONSE

La prestation est remboursable sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Fasciotomie décompressive de la jambe après fracture diaphysaire et contusion du tissu mou, entraînant un oedème tel qu'il compromet la bonne vascularisation du membre ou fasciotomie décompressive au niveau du membre supérieur après un traumatisme du coude faisant craindre l'apparition d'un Volkmann.

REPONSE

La fasciotomie décompressive de la jambe ou au niveau du membre supérieur doit être attestée sous le numéro 220253 - 220264 Cure chirurgicale de phlegmon profond K 50.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, a) (Chirurgie générale), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(01) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14, c) (Chirurgie plastique)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Une hypotrophie des glandes mammaires doit être traitée par chirurgie plastique pour raison psychiatrique. L'intervention chirurgicale plastique des seins (pose de prothèses mammaires), peut-elle être remboursée ?

REPONSE

L'intervention pour hypotrophie mammaire n'est pas prévue à la nomenclature des prestations de santé et ne peut pas être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Implantation de cheveux.

REPONSE

L'implantation de cheveux ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Comment faut-il tarifier l'intervention Plastie d'un sein pour hypertrophie mammaire entraînant une gêne fonctionnelle numéro de code 251613 – 251624, sur les deux seins au cours de la même séance opératoire ?

REPONSE

Etant donné que le libellé précise par sein, il s'agit d'une exception à la règle des champs opératoires, prescrite par l'article 15, § 4, de la nomenclature des prestations de santé et la prestation 251613 – 251624 doit être tarifée deux fois à 100 %.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, c) (Chirurgie plastique), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(03) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14, d) (Chirurgie abdominale)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Diverticule du cæcum, résection d'une formation diverticulaire du cæcum, double point d'enfouissement, fermeture en boucle en trinyl, enfouissement par des points séro-séreux de la zone de résection. Peut-on tarifier 243250 - 243261 Ablation du diverticule de Meckel N 250 ?

REPONSE

La résection d'une formation diverticulaire du cæcum doit être attestée sous le n° 243250 - 243261 Ablation du diverticule de Meckel N 250.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Quels sont les honoraires pour le drainage chirurgical externe d'abcès multiples du corps et de la queue du pancréas consécutifs à une pancréatite aiguë ?

REPONSE

La prestation effectuée doit être assimilée à la prestation 243655 - 243666 Incision et drainage par voie abdominale, d'un abcès sousphrénique ou sous-hépatique N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Résection d'une tumeur du diaphragme avec plastie du diaphragme.

REPONSE

Si la prestation est effectuée par voie thoracique ou thoracoabdominale, elle doit être attestée par assimilation, sous le n° 227135 - 227146 Hernie ou éventration diaphragmatique ou hiatale par voie thoracique ou thoraco-abdominale N 500.

Si elle est effectuée par voie abdominale, elle doit être attestée par assimilation sous le n° 241032 - 241043 Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale par suture des piliers ou fundoplicature N 500.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Par incision inguinale, on a enlevé tous les ganglions palpables ainsi que la lame cellulaire recouvrant le fascia cribriformis. Etant donné la bénignité des ganglions, on s'est efforcé de les enlever sans léser la veine saphène.

REPONSE

Tenant compte qu'il n'y a pas eu d'évidement ganglionnaire proprement dit, l'enlèvement des ganglions inguinaux doit être attesté sous le n° 220356 - 220360 Exérèse ganglionnaire K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Dilatation d'une réaction sténosante à environ 5 cm au-dessus de l'anus chez un patient non hospitalisé, opéré pour une prolifération cellulaire hypermitotique invasive ou potentiellement invasive située dans le rectum.

REPONSE

La dilatation d'une réaction sténosante située à environ 5 cm au-dessus de l'anus doit être attestée par assimilation sous le numéro 244532 - 244543 Dilatation anale sous anesthésie générale, prestation isolée N 40. Cette prestation n'est remboursable que si elle a été faite sous anesthésie générale, en milieu hospitalier et comme prestation isolée.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Intervention d'exclusion intestinale pour obésité pathologique : -section de l'intestin grêle à 30 cm de l'angle de Treitz et anastomose termino-terminale avec les derniers 30 cm de l'iléon.

REPONSE

L'intervention doit être attestée sous le n° 243272 - 243283 Entéroanastomose N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Gastrectomie polaire supérieure avec pyloroplastie associée.

REPONSE

L'intervention doit être attestée 241474 - 241485 Gastrectomie subtotale N 500 si elle est pratiquée par voie abdominale ou 228012 - 228023 Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoracoabdominale, en un temps N 800 si elle est pratiquée par thoraco-phrénolaparotomie.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Gastrectomie totale par oesophago-pylorostomie.

REPONSE

Il ne s'agit pas en l'occurrence d'une gastrectomie totale mais d'une gastrectomie subtotale qui est à tarifier sous le n° 241474 - 241485 Gastrectomie subtotale N 500.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Oesophago-jéjunostomie d'exclusion gastrique par voie thoracoabdominale.

REPONSE

Il s'agit d'une intervention chirurgicale qui n'est pas prévue comme telle à la nomenclature des prestations de santé. Elle doit être attestée sous le n° 243272 - 243283 Entéro-anastomose N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Section du sphincter anal.

REPONSE

La section du sphincter anal lisse doit être attestée sous le n° 244510 - 244521 Résection de fissure anale N 90.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Ablation d'un moignon cystique restant après une cholécystectomie antérieure.

REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le n° 242454 - 242465 Cholécystectomie N 350 ou sous le n° 244775 - 244786 Cholécystectomie laparoscopique N 350 ou sous le n° 242476 - 242480 Cholécystectomie avec cholangiographie peropératoire N 400, selon le cas.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Jéjunostomie cutanée.

REPONSE

La jéjunostomie cutanée doit être attestée sous le n° 243191 - 243202 Iléo- ou colostomie latérale N 200.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Comment faut-il tarifier une myomectomie ano-rectale ? REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le numéro 244510 - 244521 Résection de fissure anale N 90.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Comment faut-il attester l'intervention suivante : Colectomie transverse plus gauche et amputation du rectum avec conservation du sphincter pour maladie de Hirschsprung plus retournement du côlon droit (technique de Deloyer) pour abaissement rétrorectal transanal (technique de Duhamel) ?

REPONSE

L'intervention pratiquée en un temps doit être attestée sous le n° 243014 - 243025 Proctocolectomie totale ou colectomie totale avec mucoséctomie rectale et construction d'un réservoir iléal avec ou sans iléostomie proximale N 800.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Résection de la partie distale du duodénum après décroisement de l'artère mésentérique.

REPONSE

L'intervention doit être attestée sous le n° 243235 - 243246 Résection segmentaire du grêle N 375.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

Correction chirurgicale d'une incontinence anale 1° - par transplantation du muscle droit interne (technique de Pickrell)

2° - par voie sacrée à l'aide d'une plicature du muscle recto-pubien.

REPONSE

Il y a lieu d'attester comme suit :

- 244392 – 244403

Réfection du sphincter anal pour incontinence (déchirure ancienne ou réintervention) en dehors de l'accouchement N 375.

- 244171 – 244182

Suture des releveurs pour prolapsus rectal N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Comment faut-il attester la réparation d'une rupture diaphragmatique consistant en une suture de la coupole pratiquée à l'occasion d'une laparotomie ?

REPONSE

La suture de la déchirure du diaphragme est à attester sous le n° 243596 - 243600 Laparotomie pour hémorragie N 300; si la suture est faite par voie thoracique ou thoraco-abdominale, la prestation 227135 -

227146 Hernie ou éventration diaphragmatique ou hiatale par voie thoracique ou thoraco-abdominale N 500 peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Que vise le geste opératoire repris sous le numéro de code 244635 - 244646 Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75 ? Comment faut-il comprendre cet intitulé par rapport au code 112276 - 112280 Incision d'abcès de l'anus K 6 ?

Le code 145574 - 145585 Incision de phlegmon superficiel ou d'anthrax K 10 est-il applicable à la région anale ?

REPONSE

Lorsqu'un numéro spécifique est prévu à la nomenclature des prestations de santé, c'est ce numéro qui doit être attesté.

La prestation 112276 - 112280 Incision d'abcès de l'anus K 6 vise le drainage d'un abcès sous-cutané par incision simple et sous anesthésie loco-régionale.

Par contre, la prestation 244635 - 244646 Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75 concerne le traitement complexe d'une lésion inflammatoire nécessitant une anesthésie générale et consistant en une résection des tissus nécrotiques et fibreux et éventuellement de la coque.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, d) (Chirurgie abdominale), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(04) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14, e) (Chirurgie thoracique)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Sous quel numéro y a-t-il lieu d'attester la cathétérisation du canal thoracique?

REPONSE

La cathétérisation du canal thoracique doit être attestée sous le n° 257154 - 257165 Intervention sur la chaîne sympathique cervicale unilatérale K 180.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Enlèvement de boîtier stimulateur de pace-maker sans remplacement.

REPONSE

Selon que le boîtier était placé au-dessus ou en-dessous de l'aponévrose, il y a lieu d'attester soit le numéro 145515 - 145526 Extraction de corps étrangers sus-aponévrotiques, nécessitant incision des tissus, à l'exclusion des corps étrangers du globe oculaire K 20, soit le n° 220231 - 220242 Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus K 75.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Chez une patiente qui a subi une intervention chirurgicale de Halsted, on doit intervenir à nouveau le lendemain pour hémorragie post-opératoire importante.

Sous narcose générale, la plaie a été réouverte, les caillots de sang enlevés, l'hémostase effectuée et la plaie suturée à nouveau.

REPONSE

Sur base de la nomenclature des prestations de santé, seul le n° 148131 - 148142 Suture par fils de plaies autres que celles de la face nécessitant la résection des tissus nécrotiques et/ou l'hémostase des tissus sous-cutanés, par ligature : une ou deux plaies K 20 peut être attesté.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Comment faut-il attester la réparation d'une rupture diaphragmatique consistant en une suture de la coupole pratiquée à l'occasion d'une laparotomie ?

REPONSE

La suture de la déchirure du diaphragme est à attester sous le n° 243596 - 243600 Laparotomie pour hémorragie N 300; si la suture est faite par voie thoracique ou thoraco-abdominale, la prestation 227135 - 227146 Hernie ou éventration diaphragmatique ou hiatale par voie thoracique ou thoraco-abdominale N 500 peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Revascularisation myocardique effectuée avec un système de stabilisation cardiaque par ventouse.

REPONSE

Les prestations suivantes peuvent être attestées : par le chirurgien :

229611 – 229622

Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s) N 1890,

par l'anesthésiste :

201176 – 201180

Honoraires complémentaires pour les interventions sur le cœur ou les gros vaisseaux intra thoraciques sous circulation extra-corporelle ou pour les prestations n°s 318010 - 318021, 318054 – 318065 et 318076 – 318080 K 240.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, e) (Chirurgie thoracique), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(05) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14, f) (Chirurgie des vaisseaux)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Comment tarifier les deux interventions suivantes qui consistent l'une en la ligature des artères dorsales de la verge, l'autre en une anastomose entre le corps caverneux et le corps spongieux par voie périnéale ?

REPONSE

Il y a lieu d'attester soit le n° 235056 - 235060 Ligature ou artériectomie de l'artère humérale, mammaire interne, faciale, linguale, temporale ou fessière N 150 soit le n° 262054 - 262065 Cure chirurgicale de priapisme par anastomose spongio-caverneuse K 180 en cas d'anastomose entre le corps caverneux et le corps spongieux par voie périnéale.

Si les deux interventions sont pratiquées au cours de la même séance opératoire, une seule intervention peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Greffe de Sparks : la greffe est disposée, par deux ou trois incisions, dans son lit, par exemple entre le triangle de Scarpa et le creux poplité, ou entre l'aorte abdominale et le creux poplité. Cinq à sept semaines après ce placement, l'organisme a colonisé la greffe et les connexions vasculaires peuvent être établies. Comment faut-il tarifier l'anesthésie effectuée lors du premier temps opératoire (placement de la greffe) ?

REPONSE

En ce qui concerne les honoraires du chirurgien, la prestation 235093 - 235104 Revascularisation d'une artère des membres par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection, avec greffe ou anastomose N 500 couvre toute l'intervention, que celle-ci soit faite en un ou plusieurs temps.

L'anesthésie effectuée lors de la mise en place de la greffe doit être attestée sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

L'anesthésie réalisée lors de la revascularisation doit être attestée sous le numéro 200130 - 200141 Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 500 et supérieure à K 270 ou N 450 ou I 450, K 129.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

1° Enlèvement de la veine saphène afin de la placer sous la peau de l'avant-bras en vue de faire une liaison, d'une part, avec l'artère humérale, d'autre part, avec une veine pour obtenir une fistule artérioveineuse destinée à la dialyse.

2° Enlèvement d'un shunt externe (de type Scribner), avec ligature, respectivement de l'artère et de la veine.

REPONSE

1° L'enlèvement d'une veine saphène et son placement sous la peau de l'avant-bras en vue de créer une fistule artério-veineuse pour hémodialyse doit être attesté sous le n° 235174 - 235185 Création de fistule artérioveineuse directe ou d'une fistule artérioveineuse indirecte (shunt type Scribner) en vue d'une hémodialyse N 300.

2° L'enlèvement d'un shunt extérieur est à attester sous le n° 145515 - 145526 Extraction de corps étrangers sus-aponévrotiques, nécessitant incision des tissus, à l'exclusion des corps étrangers du globe oculaire K 20.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Prélèvement biopsique de l'artère temporale.

REPONSE

Le prélèvement biopsique de l'artère temporale doit être attesté 235056 - 235060 Ligature ou artériectomie de l'artère humérale, mammaire interne, faciale, linguale, temporale ou fessière N 150.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Un chirurgien effectue au cours d'une même séance opératoire une endartériectomie iliaque par voie abdominale transpéritonéale et une greffe veineuse fémoro-poplitée en by-pass du même côté. Peut-on considérer qu'il s'agit, en l'occurrence, de deux champs distincts ?

REPONSE

En cas d'endartériectomie iliaque par voie abdominale et de greffe veineuse fémoro-poplitée, il y a effectivement deux champs opératoires. Dès lors, il y a application des dispositions de l'article 15, § 4, premier alinéa, de la nomenclature et les prestations sont remboursables sous les n°s 237090 - 237101 Revascularisation d'une seule artère abdominale par end artériectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection avec greffe ou anastomose N 600 + 235115 - 235126 Revascularisation d'une artère des membres par pontage ou résection avec greffe de la saphène interne, y compris la prise du greffon N600/2

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester un pontage entre l'aorte haute et les deux artères fémorales sans endartérectomie, sans résection de la bifurcation aortique et sans pontage intra-abdominal?

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro de code 237016 – 237020 Résection ou plastie de l'aorte suprarénale N 1000.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, f) (Chirurgie des vaisseaux), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(06) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14, g) (Gynécologie-obstétrique)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Colposcopie microscopique : s'agit-il d'un examen colposcopique avec un colposcope, avec ou sans photographie ?

REPONSE

La colposcopie prévue sous le n° 431955 - 431966 ** K 10 de la nomenclature des prestations de santé, vise l'examen avec un colposcope équipé d'un microscope permettant l'examen microscopique du col et éventuellement la photographie.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Quelle est l'interprétation exacte du champ opératoire pour les interventions gynécologiques ?

REPONSE

Il faut entendre toutes les interventions chirurgicales qui sont faites par une même voie d'accès.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Les honoraires pour le curetage de l'utérus peuvent-ils être cumulés avec les honoraires pour l'électrocoagulation du col utérin ou l'exérèse d'un papillome du pubis ou du pli de l'aîne ?

REPONSE

Le curetage de l'utérus et l'électrocoagulation du col utérin sont effectués dans un seul champ opératoire. Dès lors, un seul remboursement peut être accordé. Par contre, le curetage de l'utérus et l'exérèse d'un papillome du pubis ou du pli de l'aîne sont effectués dans des champs différents.

Les honoraires pour les différentes interventions peuvent être cumulés, compte tenu des dispositions de l'article 15, § 4, premier alinéa.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Intervention pour plaie profonde de la région périnéale ayant nécessité une suture hémostatique des ischio-caverneux et une plastie par glissement des téguments vulvaires pour permettre la réparation des dégâts.

REPONSE

Le traitement peut être assimilé à la prestation prévue sous le n° 431756 - 431760 Plastique vaginale et vulvaire K 75.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Correction chirurgicale d'un vagin double commençant à l'orifice externe à cause d'un septum médian épais :

- décollement de ce septum, de la vessie et du rectum;
- tunnellisation du septum pour obtenir deux feuillets qui, après section, sont suturés à la muqueuse vaginale.

REPONSE

L'intervention chirurgicale pour vagin double, telle qu'elle est décrite, peut être tarifée sous le numéro 431896 - 431900 Colporraphie antérieure et colpopérinéorrhaphie postérieure avec suture des releveurs K 180.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Combinaison d'une hystérectomie abdominale et d'une intervention de Marschall Marchetti-Kranz pour incontinence urinaire.

REPONSE

L'hystérectomie abdominale et l'intervention de Marschall-Marchetti- Krantz effectuées au cours de la même séance opératoire tombent sous l'application des dispositions de l'article 15, § 3, de la nomenclature des prestations de santé. Par conséquent, seule l'intervention principale peut être remboursée, soit le n° 431270 – 431281 Hystérectomie totale par voie abdominale K 225.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Réduction par voie abdominale d'un prolapsus génital au moyen de matériel inerte (intervention de type HUGIER).

REPONSE

La réduction par voie abdominale d'un prolapsus génital au moyen de matériel inerte peut être tarifée sous le n° 431476 - 431480 Laparotomie pour ligamentopexie simple ou avec plicature du Douglas (Doleris) K 180.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Les manipulations de contrôle de l'imperméabilité tubaire pratique ées par voie vaginale à l'occasion d'une ligature des trompes par laparotomie ou laparoscopie peuvent-elles être portées en compte en supplément de la prestation ?

REPONSE

Non, ce contrôle fait partie de l'intervention et ne peut être attesté sous le numéro 431410 - 431421 Insufflation kymographique des salpinx et/ou injection de produit opacifiant... K 25.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Comment faut-il attester le traitement de l'incontinence urinaire par placement d'une bandelette de Prolène (TVT : Tension free vaginal tape)? L'intervention nécessite deux abords : deux incisions suspubiennes et une incision vaginale.

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro 432095 – 432106 Intervention chirurgicale pour incontinence urinaire, par voies abdominale et vaginale (Steckel et dérivés) K 225.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, g) (Gynécologie-obstétrique), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(07) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14, h) (Ophtalmologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Comment faut-il tarifier le curetage d'une plaie cornéenne ?

REPONSE

La prestation n'est pas remboursable.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Les prestations nos 248846 Réfractométrie par la méthode objective N 8, 248861 Exploration par seringage des voies lacrymales uni- ou bilatéral (non cumulable avec les nos 245011 - 245022 et 245033 - 245044) N 10 et 248640 Dynamométrie et/ou tonométrie (Schiötz et/ou tonomètre à aplanation) N 10 peuvent-elles être cumulées pendant une hospitalisation, aucune consultation n'étant portée en compte ?

REPONSE

Les honoraires pour les prestations nos 248846, 248861 et 248640 ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour la prestation 599082 C 12 pendant une même période d'hospitalisation telle que définie à l'article 25, § 2, b), 5°, de la nomenclature des prestations de santé; ils peuvent, par ailleurs, pour les bénéficiaires hospitalisés, être cumulés avec les honoraires de surveillance et d'une façon générale, être cumulés entre eux lorsque la prestation 599082 n'est pas portée en compte pendant une même période d'hospitalisation telle que visée ci-dessus.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Intubation lacrymale.

Dans un premier temps, on incise la peau et les tissus sous-cutanés entre le tendon interne de l'orbitaire et le rebord inférieur de l'orbite, dans son extrémité interne.

Dans un deuxième temps, on découvre et incise le sac lacrymal.

Dans le troisième temps, il est pratiqué un curetage du canal lacrymo-nasal.

Un petit tube en silastic est alors mis en place.

REPONSE

Telle qu'elle est décrite, l'intervention peut être attestée sous le numéro 255592 – 255603 Trépanation du sinus maxillaire par le méat inférieur, opération de Claoué K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Comment faut-il tarifier les prestations suivantes :

- 1° cryothérapie d'une hernie de l'iris;
- 2° cryothérapie d'un herpès cornéen;
- 3° cryothérapie d'un glaucome ?

REPONSE

Il y a lieu de tarifier comme suit :

- 1° 246050 – 246061 Exérèse d'une tumeur de la cornée ou de la conjonctive bulbaire N 100, quel que soit le nombre de séances;
- 2° 246190 – 246201 Cautérisation ignée de lésion cornéenne N 40;
- 3° 246875 – 246886 Cryothérapie de lésions dégénératives chorioretiniennes N 200.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Comment faut-il porter en compte la reperméabilisation des voies lacrymales chez l'enfant âgé de plus de 4 ans, par la technique de La vergne et Lepage ?

REPONSE

Cette prestation peut être tarifée sous le n° 255592 - 255603 Trépanation du sinus maxillaire par le méat inférieur, opération de Claoué K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

L'étude du potentiel d'action de la rétine provoqué par une stimulation lumineuse, avec graphique, est tarifée sous le n° 248533 - 248544 Electro-rétinographie + graphique N 75.

L'étude du potentiel de repos de la rétine avec graphique peut-elle être assimilée à ce n° 248533 - 248544 N 75 ?

Dans l'affirmative, peut-on porter ce numéro en compte deux fois si les deux prestations sont effectuées au cours de la même séance ?

REPONSE

L'étude du potentiel d'action et de repos de la rétine est à tarifier une fois sous le n° 248533 - 248544 Electro-rétinographie + graphique N 75.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Cerclage des paupières au moyen d'un fil en silicone effectué comme traitement d'une paralysie des paupières consécutive à une paralysie du nerf facial.

REPONSE

L'intervention pratiquée qui n'est pas visée par la prestation 245814 - 245825 Ptosis (technique de Blaskovicz ou similaire) N 325, doit être tarifée sous le n° 245792 - 245803 Blépharorrhaphie ou tarsorrhaphie N 125.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Dynamographie électronique : enregistrement graphique de l'amplitude pulsatile des artères centrales de la rétine.

REPONSE

Cette prestation doit être tarifée sous le numéro 248555 - 248566 Tonographie au tonomètre électronique + graphique N 50. Pour son remboursement, il y a lieu de tenir compte des dispositions de l'article 14 h) § 2, 1° et 3°, de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Adapto-électrorétinographie ou électrorétinographie dynamique, c'est-à-dire l'enregistrement des potentiels d'action de la rétine provoqués par stimulation lumineuse, pendant une période d'adaptation à l'obscurité après éblouissement.

REPONSE

L'examen en question doit être tarifé sous le n° 248511 - 248522 Courbe d'adaptation rétinienne à l'adaptomètre de Goldmann-Weekers ou similaire + graphique N 45.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Des exercices d'orthoptie effectués par un orthoptiste peuvent-ils être portés en compte à l'assurance sous le n° 102012 Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste... N 8 par le médecin ophtalmologue qui surveille le traitement ?

REPONSE

Non. Les exercices d'orthoptie effectués par l'orthoptiste ne peuvent pas être tarifés par le médecin sous le n° 102012 N 8.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

L'examen du champ visuel au moyen de l'appareil de Friedmann peut-il être attesté sous le numéro 248813 - 248824 Périmétrie quantitative au périmètre de Goldmann ou similaire avec graphique et conclusion N 20 ?

REPONSE

L'examen du champ visuel au moyen de l'appareil de Friedmann ne peut pas être attesté sous le numéro 248813 - 248824 Périmétrie quantitative au périmètre de Goldmann ou similaire avec graphique et conclusion N 20. Cet appareil n'est pas « similaire » à l'appareil de Goldmann.

L'examen en cause est couvert par les honoraires éventuels de consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, h) (Ophtalmologie), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(08) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14 i) (Oto-rhino-laryngologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester la fermeture d'une fistule de trachéotomie qui ne se referme pas ?

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro de code 149015 - 149026* Curetage de fistule K 20.

Article 14, j) (Urologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La ligature des canaux déférents est-elle remboursable en supplément de la prostatectomie ?

REPONSE

La ligature des canaux déférents ne peut être remboursée en supplément des honoraires fixés pour la prostatectomie, conformément à l'article 15 § 4 de la nomenclature.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Que faut-il attester lorsqu'on effectue simultanément la prestation thérapeutique n° 260315 - 260326 Cystoscopie avec fulguration K 60 et la prestation diagnostique n° 260293 - 260304 Cystoscopie avec cathétérisme des uretères K 60 ?

REPONSE

Une seule de ces deux prestations peut être attestée lorsqu'elles sont réalisées au cours de la même séance.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Réfection d'un traumatisme chirurgical important des bourses : ouverture de la vaginale avec résection partielle de cette vaginale. Comment faut-il tarifier ?

REPONSE Lorsqu'on effectue une résection de la vaginale, on peut attester le n° 260875 - 260886 Résection ou retournement de la vaginale K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Après une prostatectomie, le médecin effectue, sous anesthésie, une intervention consistant en : - enlèvement de la mèche du lit prostatique; - enlèvement de la sonde vésicale sus-pubienne, - suture de cystostomie et mise en place d'une sonde urétrale. Comment y a-t-il lieu de tarifier ces actes ?

REPONSE

L'enlèvement de la mèche du lit prostatique, l'enlèvement de la sonde vésicale sus-pubienne, la suture de cystostomie et la mise en place d'une sonde urétrale, font partie intégrante de la prostatectomie et ne peuvent être remboursés en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Néphrectomie, y compris l'urétérectomie, par voies abdominale et lombaire au cours de la même séance opératoire.

REPONSE

En plus de la prestation n° 261634 - 261645 Néphrectomie totale K 225, la prestation n° 261376 - 261380 Intervention pour enlèvement d'un uretère restant K 180/2 peut être attestée pour l'urétérectomie par voie abdominale.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Certains cas de testicules non descendus, très haut situés, nécessitent pour leur abaissement la dissection du pédicule vasculaire, jusqu'au pôle inférieur du rein et celle du canal déférent jusqu'à son abouchement dans les vésicules séminales derrière la vessie. Toute cette partie de l'opération demande une dissection étendue en tissu rétro-péritonéal; par ailleurs, il existe fréquemment une hernie inguinale

associée dont il faut faire la cure en fin d'intervention. Dans cette hypothèse, comment peut-on tarifier l'intervention en tissu rétro-péritonéal ?

REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le numéro 241150 – 241161 Traitement opératoire d'une hernie quelle que soit la technique utilisée N 200.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Peut-on porter trois fois en compte le n° 261553 - 261564 Résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie K 225 si une résection endoscopique de la prostate est effectuée à trois reprises ?

REPONSE

La prestation n° 261553 - 261564 Résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie K 225 couvre toute la cure de prostatectomie par résection endoscopique faite en une ou plusieurs séances.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Dilatation d'une obstruction de la jonction pyélo-urétérale à l'aide d'une sonde de Fogarty.

REPONSE

Cette intervention n'est pas prévue comme telle à la nomenclature des prestations de santé. Elle peut être assimilée à la prestation n° 260175 - 260186 Enlèvement d'un calcul urétéral par voie endoscopique, par séance, y compris la cystoscopie K 90.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Plastie du prépuce sans circoncision.

REPONSE

Cette intervention peut être attestée par assimilation sous le n° 260934 - 260945 Circoncision K 75.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Changement de sonde lors d'un cathétérisme urétéral après urétérostomie cutanée ou d'un cathétérisme rénal après néphrostomie ou d'un cathétérisme vésical par cystostomie.

REPONSE

La ponction d'évacuation et le placement d'un cathéter doivent être attestés sous le numéro 355375 – 355386 ** Ponction vésicale K 10,5. Le renouvellement d'un cathéter sus-pubien doit être attesté sous le même numéro.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Dissection d'un uretère étranglé par des brides fibro-vasculaires rétro-péritonéales.

REPONSE

La dissection d'un uretère étranglé par des brides fibro-vasculaires rétro-péritonéales est à attester, selon la voie d'accès, 240155 - 240166 Lobotomie N 300 ou 243633 - 243644 Laparotomie exploratrice N 200.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Traitement palliatif de la sténose de l'urètre prostatique par résection endoscopique constituant un forage et ayant pour objectif de restituer un calibre urétral suffisant.

REPONSE

Il y a lieu d'attester 260956 - 260960 Urétrotomie externe ou interne K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Ablation d'un ectropion de la muqueuse urétrale.

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Comment tarifier les deux interventions suivantes qui consistent l'une en la ligature des artères dorsales de la verge, l'autre en une anastomose entre le corps caverneux et le corps spongieux par voie périnéale ?

REPONSE

Il y a lieu d'attester soit le n° 235056 - 235060 Ligature ou artériectomie de l'artère humérale, mammaire interne, faciale, linguale, temporale ou fessière N 150 soit le n° 262054 - 262065 Cure chirurgicale de priapisme par anastomose spongio-caverneuse K 180 en cas d'anastomose entre le corps caverneux et le corps spongieux par voie périnéale.

Si les deux interventions sont pratiquées au cours de la même séance opératoire, une seule intervention peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Comment faut-il attester le traitement de l'incontinence urinaire par placement d'une bandelette de Prolène (TVT : Tension free vaginal tape)? L'intervention nécessite deux abords : deux incisions suspubiennes et une incision vaginale.

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro 432095 – 432106 Intervention chirurgicale pour incontinence urinaire, par voies abdominale et vaginale (Steckel et dérivés) K 225.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, j) (Urologie), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(10) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14, k) (Orthopédie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Sur quelles bases tarifer l'intervention décrite ci-dessous : arthrotomie para-rotulienne interne, le ménisque est intact et on enlève plusieurs calcifications qui tiennent en profondeur dans l'espace intercondylien ?

Par une seconde incision verticale para-rotulienne externe, on enlève encore diverses calcifications et le ménisque externe dont la corne antérieure est dégénérée et calcifiée.

REPONSE

L'intervention effectuée est prévue sous le n° 290113 - 290124 Synovectomie dite totale du genou N 300. Il faut souligner que la prestation couvre toute l'intervention chirurgicale : la ménisectomie ne peut être tarifée en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

En cas de greffe osseuse réalisée pour pseudarthrose, y a-t-il lieu de compter :

1. le prélèvement des greffes, par exemple au niveau de l'os iliaque;
2. l'ostéosynthèse de la jambe;
3. le plâtre ?

REPONSE

Lorsqu'une greffe osseuse est réalisée pour pseudarthrose, le prélèvement du greffon osseux n'est pas remboursé comme tel : il fait partie de l'intervention pour pseudarthrose. L'ostéosynthèse est remboursable et le plâtre posé à la fin de la séance opératoire est honoré à raison de 50 % de la valeur indiquée pour l'appareil, conformément aux dispositions de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Ménisectomie et suture d'une déchirure du ligament croisé par une incision latérale transcondyloire.

REPONSE

Il s'agit d'une arthrotomie du genou dans laquelle on rencontre plusieurs interventions. En application des dispositions de l'article 15, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, seule la prestation affectée de la valeur relative la plus élevée peut être attestée, en l'occurrence le n° 290076 - 290080 Exérèse du ménisque interne ou externe du genou N 250.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Enlèvement d'agrafes épiphysaires (deux à la face interne du genou, deux à la face externe). La prestation chirurgicale est tarifée sous le n° 280055 - 280066 Enlèvement de matériel de synthèse profond : vis, fils ou agrafes (quel qu'en soit le nombre) N 100.

Doit-on tenir compte qu'il y a plusieurs localisations du matériel de synthèse ?

REPONSE

Les honoraires chirurgicaux pour une intervention qui, dans la nomenclature groupe sous une seule rubrique divers temps nécessaires à sa réalisation, sont remboursables une seule fois.

C'est notamment le cas pour le placement ou l'enlèvement du matériel de synthèse ou l'on tient compte de l'ensemble du matériel et non du nombre de localisations.

Dès lors, dans le cas soumis, la prestation n° 280055 - 280066 N 100 est remboursable une seule fois.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Mise en place d'un tuteur externe chez un patient atteint de fracture ouverte de la diaphyse du tibia.

REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le n° 290555 - 290566 Traitement sanglant d'une fracture de la diaphyse du tibia N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Comment faut-il tarifier :

- une ténolyse d'un tendon extenseur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne;
- une ténolyse du muscle cubital antérieur au niveau du poignet ?

REPONSE

Pour la ténolyse d'un tendon extenseur ou fléchisseur, les nos 287755 - 287766 Ténolyse des extenseurs N 150 et 287733 - 287744 Ténolyse des fléchisseurs N 225 ne sont pas d'application. Ces libellés visent la manipulation de plusieurs extenseurs ou fléchisseurs.

La ténolyse d'un tendon extenseur ou fléchisseur est visée par le libellé général prévu sous le n° 280571 - 280582 Ténolyse N 100.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Résection de la première côte et/ou d'une côte cervicale pour le traitement du syndrome du détroit thoracique, soit :

1. - par voie sus claviculaire;
2. - par voie transaxillaire;
3. - par voie postérieure.

REPONSE

En cas de résection;

- soit de la 1ère côte;
- soit de la côte cervicale;
- soit des deux,

il y a lieu d'attester la prestation 281131 - 281142 Résection d'une côte cervicale N 300, quelle que soit la voie d'abord.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Ablation d'un cerclage ou des broches d'une rotule.

REPONSE

L'ablation d'un cerclage ou des broches d'une rotule doit être attestée 280033 - 280044 Enlèvement de matériel de synthèse sous-cutané N 30.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Avancement du tendon rotulien selon le procédé de Maquet, c'est-à-dire clivage au ciseau frappé de la portion antérieure du tiers proximal du tibia et maintien de cet avancement par un greffon iliaque interposé entre la tubérosité antérieure et le reste de la métaphyse tibiale.

REPONSE

L'avancement du tendon rotulien selon le procédé de Maquet doit être attesté sous le n° 290916 - 290920 Ostéotomie du plateau tibial N 350.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Pour un cor surmontant un hygroma, le médecin excise le cor et résèque la bourse séreuse. Quelle est la tarification ?

REPONSE

A l'exclusion des résections de bourses séreuses prévues comme telles à la nomenclature et qui doivent dès lors être attestées sur base de leur numéro de code spécifique, la résection d'une bourse séreuse doit être tarifée sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Opération de la main palmée : séparation de tous les doigts unis les uns aux autres.

REPONSE

D'après le libellé même des prestations nos 287895 - 287906 et 287910 - 287921, la seconde commissure rétablie, ainsi que chacune des suivantes, doivent être tarifées N 100 lorsqu'elles sont faites au cours de la même séance opératoire, la première étant tarifée N 200.

Il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions de l'article 15, § 4, relatives aux champs opératoires.

Le même raisonnement s'applique aux prestations n°s 287954 - 287965 et 287976 - 287980, 287991 - 288002 et 288013 - 288024.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Comment faut-il tarifier l'ablation de broches profondément situées ?

REPONSE

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse profondément situé est classée dans la nomenclature des prestations de santé selon le type de matériel utilisé.

L'ablation de broches doit toujours être attestée sous le numéro 280033 - 280044 Enlèvement de matériel de synthèse sous-cutané N 30.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Lorsqu'à l'issue d'une suture d'un tendon extenseur du doigt, l'on effectue une immobilisation à l'aide d'une broche de Kirschner, comment faut-il tarifer cette dernière prestation ?

REPONSE

Aucune intervention supplémentaire à la prestation 287556 - 287560 Cure chirurgicale d'une rupture sous-cutanée d'un extenseur des doigts N 150 ne peut être accordée pour l'immobilisation d'un doigt à l'aide d'une broche de Kirschner après suture d'un tendon.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Quelle tarification faut-il appliquer lors d'une cure de la maladie de Dupuytren par aponévrectomie sur un ou deux rayons, accompagnée d'excision cutanée nécessitant une greffe cutanée ?

REPONSE

Lorsqu'à l'occasion d'une aponévrectomie palmaire partielle, une greffe est effectuée, il y a lieu d'attester sous le numéro 287350 - 287361 Aponévrectomie palmaire partielle N 200.

L'aponévrectomie palmaire totale» prévue sous les numéros 287372 - 287383 Aponévrectomie palmaire totale N 325 et 287394 - 287405 Aponévrectomie palmaire totale avec greffe cutanée N 375 vise une aponévrectomie qui intéresse quatre rayons, c'est-à-dire l'aponévrose palmaire totale sans le pouce.

Une aponévrectomie palmaire qui concerne moins de quatre rayons doit être tarifée sous le numéro 287350 - 287361 Aponévrectomie palmaire partielle N 200, qu'elle soit effectuée avec ou sans greffe cutanée.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Comment faut-il tarifer la réfection ligamentaire de l'appareil collatéral d'une articulation interphalangienne (ou d'une articulation métacarpo-phalangienne) ?

REPONSE

S'il s'agit de la réfection d'un ligament interphalangien à la suite d'une laxité ligamentaire interphalangienne, la prestation doit être tarifée, par assimilation, sous le numéro 286053 - 286064 Arthrotomie ou capsulotomie interphalangienne d'un doigt N 60.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

Après une intervention chirurgicale pour fracture bi malléolaire (n° 290651 - 290662 N 250), le chirurgien porte en compte les prestations nos 280055 - 280066 N 100 + 280055 - 280066 N100/2 pour l'enlèvement du matériel de synthèse par voies d'accès profondes. Peut-on admettre qu'en l'occurrence il y a 2 champs opératoires ou faut-il considérer l'intervention comme ayant été effectuée dans un seul champ opératoire, compte tenu du fait que, bien qu'il y ait deux voies d'accès, la réduction chirurgicale de la fracture bi malléolaire n'est tarifée que comme une seule intervention ?

REPONSE

L'enlèvement du matériel de synthèse placé lors de la réduction d'une fracture bi malléolaire est remboursable une seule fois sous le n° 280055 - 280066 Enlèvement de matériel de synthèse profond : vis, fils ou agrafes (quel qu'en soit le nombre) N 100 bien qu'il y ait deux incisions.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Traitement orthopédique de différentes fractures dont la contention est réalisée par un appareil plâtré unique.

REPONSE

Si chaque fracture nécessite une réduction, la réduction principale est honorée à 100 % et la ou les réductions suivantes à 50 % des valeurs indiquées pour ces prestations.

Si les fractures ne nécessitent pas de réduction, ou si seulement une de ces fractures nécessite une réduction, seule l'intervention de valeur relative la plus élevée peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Comment faut-il tarifer dans les cas suivants : 1) fracture de l'avant-bras avec position angulaire très prononcée : le patient n'étant pas à jeun, on imprime un mouvement bref et sec à l'avant-bras, permettant d'appliquer un plâtre rembourré de l'avantbras à la main. Le lendemain, cette forme de réduction s'avère insuffisante et on effectue une réduction sous anesthésie générale et contrôle le T.V.;

2) un patient présente une fracture du condyle huméral avec esquilles. Le coude étant très gonflé, on applique un plâtre rembourré de l'aisselle aux doigts sans anesthésie dans le but de prévenir le glissement ultérieur et le frottement des fragments. Cinq jours plus tard, on effectue l'ostéosynthèse avec pose d'un nouvel appareil plâtré;

3) un patient a été traité pour une fracture du poignet par réduction sous narcose et immobilisation par plâtre. Lors du contrôle le, 3 semaines plus tard, on constate un léger déplacement secondaire radial. La fracture ne semble consolidée ni cliniquement ni radiologiquement et l'on pose un nouveau plâtre pour réduire la déviation radiale pendant le durcissement du plâtre, mais cette intervention n'a pas été effectuée sous narcose.

REPONSE

1) La pose d'un plâtre provisoire dans l'attente d'une réduction ultérieure doit être attestée sous la rubrique «Appareils plâtrés». Dans le cas exposé, le plâtre provisoire doit être attesté 297172 - 297183 ° Appareil plâtré : du coude N 65.

La réduction effectuée le lendemain sous anesthésie générale et contrôle le T.V. est à attester 296376 - 296380 Fracture diaphysaire de l'avant-bras : deux os N 250.

2) La pose d'un plâtre provisoire dans l'attente d'une ostéosynthèse ultérieure doit être attestée sous la rubrique «Appareils plâtrés». Dès lors, dans le cas décrit, la première prestation doit être attestée 297194 - 297205 ° Appareil plâtré : du bras N 65.

L'ostéosynthèse avec pose d'un appareil plâtré pratiquées dans le second temps, doivent être attestées 283894 - 283905 Traitement sanglant d'une fracture de la palette humérale N 350, plus 297194 - 297205 ° Appareil plâtré : du bras N65/2.

3) Lorsqu'après un traitement orthopédique de fracture avec réduction, il est procédé, dans le décours du traitement, à la pose d'un nouveau plâtre, celui-ci doit être considéré comme étant une pose d'appareil plâtré même si une correction d'axe est apportée à cette occasion.

Dans le cas décrit, la première intervention doit être attestée 296391 - 296402 Fracture de l'extrémité distale d'un ou des deux os de l'avant-bras N 150.

L'intervention ultérieure doit être attestée 297135 - 297146 ° Appareil plâtré : du poignet et/ou de la main N 40.

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

Comment faut-il tarifier un traitement de fracture par traction continue ?

REPONSE

Quand le seul traitement définitif est le traitement par traction continue, l'intervention doit être tarifée comme un traitement de fracture avec réduction, la traction ayant été choisie comme modalité de réduction.

Si la mise sous traction constitue une modalité d'attente en vue d'une réduction ultérieure par quelque mode que ce soit, cette traction doit être attestée sous le n° 145250 - 145261 Appareillage provisoire de contention effectué d'urgence en cas de fractures ou luxations (ne peut être porté en compte qu'une fois par cas) K 12, ou s'il s'agit d'une traction trans-osseuse, sous le numéro 280114 - 280125 Remplacement de broches ou vis trans-osseuses au cours d'une traction continue N 30.

Toutefois, la tarification reprise ci-dessus ne s'applique pas lorsqu'il s'agit d'une traction continue par broche en vue d'une correction chirurgicale orthopédique de fracture d'un membre inférieur, qui est visée par la prestation 294792 - 294803 Supplément pour traction continue par broche en vue d'une correction chirurgicale orthopédique de fractures des membres inférieurs effectuée à l'occasion des prestations n°s 288853 - 288864, 288875 - 288886, 289273 - 289284 à 289391 - 289402 inclus, 290474 - 290485, 290496 - 290500, 290533 - 290544, 290555 - 290566 et 290570 - 290581, N 90.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, k) (Orthopédie), notamment les règles publiées sous les rubriques 505(11)-01 et 505(11)-02 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 14, l) (Stomatologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

L'article 15, § 8, de la nomenclature des prestations de santé précise : « Les honoraires pour extraction de dent incluse ne sont dus que si un document radiographique, mis à la disposition du médecin-conseil, établit l'authenticité de l'inclusion. »

Quelle est la signification des termes « mis à la disposition du médecin-conseil » :

- Annexer à la facture
- Conserver au dossier médical du patient
- Conserver par le patient
- Autre possibilité ?

REPONSE

Le médecin spécialiste en stomatologie qui a réalisé la prestation 312152 – 312163 Désinclusion et extraction d'une dent incluse par résection osseuse péri coronaire et/ou ostéotomie dentaire avec ou sans trépanation préalable K 120 doit conserver le document radiographique de contrôle le dans le dossier du patient et doit le transmettre au médecin-conseil si ce dernier en fait la demande.

Un document radiographique remis au patient ne peut pas être considéré comme mis à la disposition du médecin-conseil.

Article 18, § 2 (Médecine nucléaire)

REGLE INTERPRETATIVE 1 (en vigueur depuis le 7.5.1999)

QUESTION

Comment faut-il tarifier les examens exécutés avec un scintigraphe (PET-Scan dedicated), pour une indication autre que celles prévues sous le n° de code de nomenclature 442971 – 442982 Tomographie à positrons par détection en coïncidence avec protocole et documents, pour l'ensemble de l'examen N 1150 ?

REPONSE

Ces examens peuvent être tarifés sous le n° de code 442595 – 442606 Test scintigraphique fonctionnel comportant deux examens tomographiques successifs avec traitement par ordinateur comprenant au moins deux plans non parallèles de reconstruction, avec protocole et documents iconographiques, non cumulable avec les prestations 442411 – 442422, 442455 – 442466, 442610 – 442621 et 442632 – 442643 pour l'examen d'une même fonction effectué au moyen d'un même produit marqué N 435.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Peut-on tarifier sous le n° de code 442971 – 442982 un examen réalisé avec un scintigraphe à coïncidence planaire (gamma-caméra) lorsque ces détecteurs planaires travaillent en coïncidence et mode tomographique ?

REPONSE

Non, ces examens ne peuvent pas être portés en compte sous le n° 442971 – 442982 Tomographie à positrons par détection en coïncidence avec protocole et documents, pour l'ensemble de l'examen N 1150.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

La détermination du sodium et du potassium échangeables ainsi que de l'eau totale par la méthode des radio-isotopes est-elle remboursable par l'assurance ?

REPONSE

Pour autant que le médecin et l'institut où la prestation est effectuée soient autorisés à détenir et à utiliser des substances radioactives, conformément aux dispositions légales en la matière, la prestation est remboursable trois fois sous le n° 442212 - 442223 Test fonctionnel, circulatoire ou de dilution avec administration de produits marqués au malade, quels que soient le nombre et la complexité des examens nécessaires pour ce test (deux méthodes au moins pour la thyroïde) N 165.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Test in vivo avec enregistrement de la radioactivité au niveau de la thyroïde avec deux produits marqués, comprenant :

- une étude du mécanisme de captation du Tc 99 qui n'est pas absorbé organiquement dans la thyroïde.
- une étude de l'absorption organique ou synthèse hormonale avec I 131, plus scintigraphie thyroïdienne sans administration complémentaire de produit marqué.

REPONSE

L'étude du mécanisme de captation du Tc 99 et l'étude de l'absorption organique ou synthèse hormonale avec I 131 constituent deux fonctions thyroïdiennes différentes.

Dès lors, la tarification doit s'établir comme il suit : 442632 - 442643 Test thyroïdien fonctionnel (cf. prestation 442234 – 442245) une seule méthode, et scintigraphie de la thyroïde N 165 et 442234 – 442245 Test thyroïdien fonctionnel, circulatoire ou de dilution avec administration de produits marqués au malade, quels que soient le nombre et la complexité des examens nécessaires pour ce test : une seule méthode N 85.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Mesure du volume globulaire par le test au Cr 51 combinée à la mesure du volume plasmatique par l'albumine marquée à l'I 131.

REPONSE

Lorsque la mesure du volume globulaire par le test au Cr 51 (699075 - 699086) est combinée à la mesure du volume plasmatique par l'albumine marquée à l'I 131 (699090 - 699101), les deux molécules sont remboursables séparément et la prestation est tarifée une fois 442212 - 442223 Test fonctionnel, circulatoire ou de dilution avec administration de produits marqués au malade... N 165 pour l'ensemble des tests.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 18, § 2 (Médecine nucléaire), notamment les règles publiées sous la rubrique 507(02) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception de la règle interprétative n° 1.

Article 20, § 1er, a) (Médecine interne)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Le réflexogramme achilléen comporte deux techniques : une méthode qui permet de mesurer le déplacement du pied et une méthode qui permet de mesurer la vitesse de déplacement.

Peut-on facturer deux réflexogrammes, lorsque les deux techniques sont réalisées sur le même pied ou aux deux pieds ?

REPONSE

La prestation n° 470050 - 470061 Réflexogramme avec graphique N 8 ne peut être attestée qu'une seule fois.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour des dosages effectués dans le liquide de dialyse rénale en vue de contrôler la concentration réelle de l'eau en calcium et autres ions de l'eau ?

REPONSE

Ces dosages doivent être considérés comme frais de mise en route de la dialyse et sont couverts par l'intervention prévue pour les prestations de dialyse.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1er, a)

(Médecine interne) notamment les règles publiées sous la rubrique 508(01) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 20, § 1er, b) (Pneumologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Comment faut-il interpréter le libellé de la prestation n° 471332 - 471343 ** Détermination de l'inégalité de la ventilation à l'exclusion de tout autre examen K 40 ?

REPONSE

Par les termes « à l'exclusion de tout autre examen », il faut comprendre qu'aucun autre examen fonctionnel respiratoire ne peut être attesté en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Peut-on porter en compte plusieurs fois par séance la prestation n° 471295 - 471306 ** K 35 parce que l'examen comporte plusieurs épreuves d'effort ?

REPONSE

La prestation n° 471295 - 471306 ** Spirographie avec épreuve pharmaco-dynamique de provocation, suivie ou non de bronchodilatation K 35 peut être attestée une fois par séance. La prestation vise l'ensemble de l'épreuve et ne peut s'appliquer par effort provoqué.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Détermination de la compliance apparente pulmonaire par cathétérisme oesophagien, plus, le même jour, une étude des résistances dynamiques et de la capacité résiduelle fonctionnelle par pléthysmographie corporelle.

Peut-on tarifer 2 x 471376 - 471380 ** Etude de la mécanique ventilatoire K 40 (ces examens se pratiquent séparément avec un appareillage distinct) ?

REPONSE

La prestation n° 471376 - 471380 ** K 40 ne peut être attestée deux fois pour la détermination de la compliance et des résistances pulmonaires vu qu'elles ont pour but d'apprécier la mécanique ventilatoire et que leur tarification ne change pas quels que soient la nature et le nombre des techniques mises en oeuvre.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

En matière de pneumologie comment faut-il tarifer les examens suivants :

- 1) Mesure des volumes + V.E.M.S.
- 2) Mesure des volumes + V.E.M.S. + V.R.
- 3) Mesure des volumes + V.E.M.S. + V.R. + épreuves pharmacodynamiques?

REPONSE

1. Mesure des volumes + V.E.M.S. : 471251 - 471262 ** Spirographie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde K 10.

2. Mesure des volumes + V.E.M.S. + volume résiduel : 471251 - 471262 ** K 10 + 471310 - 471321 ** Détermination du volume résiduel K 40.

3. Mesure des volumes + V.E.M.S. + V.R. + épreuves pharmacodynamiques : (471273 - 471284 ** Spirographie avec épreuve de bronchodilatation K 20)

ou (471295 - 471306 ** Spirographie avec épreuve pharmacodynamique de provocation, suivie ou non de bronchodilatation K 35) + 471310 - 471321 ** K 40.

A noter qu'il s'agit en réalité de volumes dynamiques, mesurés pendant la spirographie.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Test de provocation broncho-pulmonaire dans le cadre de la recherche de pneumopathie extrinsèque allergique, ce qui implique une étude classique de la fonction respiratoire par spirographie répétée après + 1 heure, + 3 heures, + 5 heures et + 7 heures.

REPONSE

L'examen tel qu'il est décrit doit être attesté sous le n° 471295 - 471306 ** Spirographie avec épreuve pharmacodynamique de provocation, suivie ou non de broncho-dilatation K 35, quel que soit le nombre de spiographies effectuées au cours de l'épreuve.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

La prestation n° 471251 - 471262 ** Spirographie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde K 10 peut-elle être attestée lorsqu'on effectue, à l'aide d'un spiromètre électronique avec thermistor et cadran à lecture digitale, les prestations suivantes :

- la capacité vitale;
- le V.E.M.S.;
- le débit expiratoire maximum (Peak Flow);
- la ventilation volontaire maximum ?

REPONSE

Les examens spirométriques cités ne sont pas prévus à la nomenclature des prestations de santé et ne donnent pas lieu à intervention de l'assurance. Quand une spirométrie complète avec détermination du FEV1 est effectuée avec un tel spiromètre électronique, le n° 471251 – 471262 ** K 10 peut toutefois être attesté.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Détermination de la résistance des voies aériennes et du volume résiduel par pléthysmographie corporelle.

REPONSE

Ces examens peuvent être attestés respectivement sous les numéros 471376 – 471380 ** Etude de la mécanique ventilatoire K 40 et 471310 – 471321 ** Détermination du volume résiduel K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Au cours d'un bilan fonctionnel respiratoire, la capacité de diffusion est déterminée au repos par la technique de l'apnée inspiratoire. La capacité de diffusion est également déterminée par la méthode en état stable, au repos et à l'effort. La prestation n° 471354 - 471365 ** K 40 peut-elle être attestée plusieurs fois si ces études sont réalisées le même jour ?

REPONSE

La prestation n° 471354 - 471365 ** Mesure de la capacité de diffusion K 40 ne peut être attestée qu'une fois quelles que soient les techniques ou les méthodes mises en œuvre

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Mesure du closing volume ou volume de fermeture au moyen d'appareillage ou de méthodes fort diverses : mesure du gaz xénon 133 expiré, méthode à l'azote, à l'hélium et suivant la méthode du Professeur Petit au moyen de l'interruption itérative du débit aérien.

REPONSE

Cette technique n'est pas prévue et ne peut être remboursée.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Détermination de l'inégalité de la ventilation par la méthode de dilution à l'azote.

REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le n° 471332 - 471343 ** Détermination de l'inégalité de la ventilation, à l'exclusion de tout autre examen K 40. Sur base de ce même libellé, la prestation ne peut être cumulée avec tout autre examen de la fonction pulmonaire.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Détermination de la courbe « débit-volume » à l'inspiration ou expiration maximale.

REPONSE

La technique peut être portée en compte sous le n° 471251 – 471262 ** Spirographie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde K 10.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1er, b) (Pneumologie) notamment les règles publiées sous la rubrique 508(02) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 20, § 1er, c) (Gastro-entérologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Placement d'une sonde de Miller-Abbot jusqu'au jéjunum sous scopie télévisée.

REPONSE

Le placement d'une sonde de Miller-Abbot jusqu'au jéjunum doit être attesté sous le n° 472135 - 472146 ** Tubage intestinal, y compris la scopie K 10.

La scopie télévisée faite à cette occasion ne peut être attestée en vertu du libellé de la prestation n° 459115 - 459126 Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique N 40.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Comment faut-il attester :

- 1) la résection, par la lumière anale, d'une prolifération cellulaire hyper mitotique invasive ou potentiellement invasive;
- 2) les électrocoagulations réalisées pour les récives locales de cette prolifération cellulaire hypermitotique invasive ou potentiellement invasive ?

REPONSE

1) La résection, par la lumière anale, d'une prolifération cellulaire hyper mitotique invasive ou potentiellement invasive doit être attestée par cure sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

2) Les électrocoagulations réalisées pour les récives locales de cette prolifération cellulaire hypermitotique invasive ou potentiellement invasive doivent également être attestées sous le n° 353231 - 353242 ° K 40.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1er, c) (Gastro-entérologie), notamment les règles publiées sous la rubrique 508(03) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 20, § 1er, d) pédiatrie

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Le jour même d'une intervention chirurgicale, on effectue chez un enfant âgé de moins de 7 ans une transfusion de sang, de concentré de globules rouges ou de plaquettes. Comment faut-il tarifier la surveillance de cette transfusion : 149170 - 149181 ou 474655 - 474666 ?

REPONSE

La prestation n° 149170 - 149181 * Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang, de concentré de globules rouges, ou de plaquettes pour une indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique K 25 ne peut pas être attestée.

La surveillance médicale de la transfusion effectuée dans les circonstances décrites doit être attestée sous le numéro 474655 - 474666 ** Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang ou de plasma chez un enfant de moins de sept ans K 25.

La prestation 474655 - 474666 K 25 requiert la qualification de médecin spécialiste en pédiatrie. Elle ne peut pas être attestée par un médecin agréé dans une autre discipline.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

a) Combien de fois peut-on attester la prestation 474294 - 474305 ** Perfusion intraveineuse chez l'enfant de moins de sept ans K 15 lorsqu'elle est effectuée chez des prématurés en état de détresse grave, et nécessitant de façon prolongée l'administration de solutions :

1° dont le constituant varie journallement, et même parfois plusieurs fois par jour;

2° dont l'appareillage et les voies d'introduction doivent souvent être modifiées, en raison précisément de leur prolongation.

b) La prestation 474294 - 474305 K 15 peut-elle être cumulée avec les honoraires prévus pour la ponction ?

REPONSE

La prestation 474294 - 474305 ** Perfusion intraveineuse chez l'enfant de moins de 7 ans K 15 peut être remboursée par période de vingt-quatre heures.

Les honoraires pour cette prestation ne sont pas cumulables avec les honoraires pour la ponction, mais ils peuvent l'être avec ceux pour une éventuelle dénudation du vaisseau.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Les prestations 149170 - 149181 * Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang, de concentré de globules rouges ou de plaquettes pour une indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique K 25 et 474655 - 474666 ** Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang ou de plasma chez un enfant de moins de sept ans K 25 peuvent-elles être portées en compte plus d'une fois par 24 heures ?

REPONSE

Etant donné que le libellé précise qu'il s'agit d'une surveillance médicale lors d'une transfusion, les prestations 149170 - 149181 * K 25 et 474655 - 474666 ** K 25 ne peuvent être attestées qu'une fois par 24 heures, quels que soient le nombre de voies d'introduction et le nombre d'unités administrées.

Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Thermométrie cutanée chez le nouveau-né.

REPONSE

Tout le système de monitoring par mesure de la température ne donne pas lieu à intervention de l'assurance.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Un médecin porte en compte pour un enfant prématuré hospitalisé, les honoraires pour tubage gastrique chaque fois qu'il nourrit l'enfant à l'aide d'une sonde.

Peut-on rembourser ces honoraires ?

REPONSE

L'alimentation d'un enfant prématuré hospitalisé fait partie des soins de nursing. Pour ce motif, ils sont compris dans la journée d'entretien et ne peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance.

Les règles interprétatives précitées entrent en vigueur le jour de leur publication au Moniteur Belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1er, d) (pédiatrie), notamment les règles publiées sous la rubrique 508(04) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 20, § 1er, e) (Cardiologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La prestation 476254 – 476265 Monitoring de Holter : analyse électrocardiographique continue pendant 24 heures, au moins, au moyen d'un appareil portable, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire une partie des tracés K 50 peut-elle être attestée plusieurs fois au cours d'une même hospitalisation ?

REPONSE

La prestation 476265 Monitoring de Holter : analyse électrocardiographique continue pendant 24 heures au moins ... K 50 ne peut être attestée qu'une seule fois si un même monitoring dure plus de 24 heures. Si après l'arrêt de la télémétrie, il est médicalement justifié de recommencer le monitoring pendant la même période d'hospitalisation et si ce monitoring dure au moins 24 heures pour des raisons médicales, la prestation 476265 K 50 peut à nouveau être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

A la consultation cardiologique, les examens suivants sont effectués :

- prestation n° 475075 - 475086 ° * Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25

- prestation n° 475812 - 475823 Epreuve d'effort ou d'hypoxie avec monitoring continu d'au moins une dérivation avant chaque changement de charge, à la fin de l'épreuve et pendant au moins trois minutes après la fin de l'épreuve, plusieurs enregistrements électrocardiographiques de différentes dérivations et mesures de tension artérielle, avec extraits et protocole standardisé K 35.

Etant donné que ces électrocardiogrammes standard sont pratiqués à jeun, au repos, à l'effort modéré et très poussé ainsi qu'à l'hypoxie, le médecin tarife 4 fois le n° 475075 – 475086 °* K 25 plus 3 fois le n° 475812 – 475823 K 35.

Que peut rembourser l'assurance ?

REPONSE

Compte tenu du pluriel intervenant dans la rédaction des prestations n° 475075 – 475086 et 475812 – 475823, ces prestations ne peuvent être attestées qu'une seule fois.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Traitement d'une crise de tachycardie paroxystique, type Bouveret.

Après diagnostic électrocardiographique, la tachycardie supraventriculaire a été réduite au rythme sinusal par une injection intraveineuse lente sous contrôle le E.C.G. permanent. Après la réduction, un électrocardiogramme de contrôle a été effectué.

Comment faut-il tarifer ces diverses prestations ?

REPONSE

Pour l'ensemble, seule la prestation 475075 - 475086 ° * Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25 peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Changement de mise en place d'une sonde endocavitaire pour stimulateur cardiaque avec ouverture de la plaie dans le cou.

REPONSE

L'acte doit être attesté sous le n° 212214 - 212225 Cathétérismes cardiaques en vue du placement d'un ou plusieurs cathéters par voie veineuse pour stimulation atriale et/ou ventriculaire temporaire et/ou pour monitoring des pressions ou des débits cardiaques, y compris les éventuels contrôle les radioscopiques télévisés, la dénudation et les contrôle les électrocardiographiques N 128.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Pression veineuse et vitesse circulatoire.

REPONSE

La nomenclature des prestations de santé ne prévoit pas cette prestation. Etant donné son caractère banal, il faut considérer qu'elle fait partie des actes courants couverts par les honoraires de consultation ou, en milieu hospitalier, par les honoraires journaliers forfaitaires de surveillance.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Un médecin généraliste agréé ou un médecin généraliste avec droits acquis, qui remplit les conditions prévues à l'article 20, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, effectuée, au cours de la même séance, un électrocardiogramme au repos et 2 contrôle les après effort, et porte en compte 3 fois la prestation n° 475075 - 475086 ° * Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25.

REPONSE

Compte tenu du pluriel intervenant dans le libellé de la prestation n° 475075 - 475086 ° * Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25, celle-ci ne peut être attestée qu'une seule fois par séance.

Pour mémoire, la prestation 475812 – 475823 Epreuve d'effort ou d'hypoxie avec monitoring continu d'au moins une dérivation avant chaque changement de charge, à la fin de l'épreuve et pendant au moins trois minutes après la fin de l'épreuve, plusieurs enregistrements électrocardiographiques de différentes dérivations et mesures de tension artérielle, avec extraits et protocole standardisé K 35 n'est accessible ni au médecin de médecine générale, ni au médecin généraliste avec droits acquis, ni au médecin généraliste agréé.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Mesure du débit cardiaque par la méthode de Fick.

REPONSE

La mesure du débit cardiaque par la méthode de Fick peut être remboursée sous le n° 476011 - 476022 Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux...
par voie veineuse K 80.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Mesure du débit cardiaque par thermo-dilution, effectuée en même temps que la prestation n° 476011 - 476022 Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux, y compris éventuellement les prises d'échantillons de sang pour dosage, les contrôle les radioscopiques télévisés, les contrôle les électrocardiographiques, la dénudation et l'injection de produits opacifiant avec ou sans épreuve d'effort ou épreuve pharmacodynamique, avec protocole et tracés (non cumulables avec la consultation) : par voie veineuse K 80.

REPONSE

La prestation 476114 - 476125 Mesure du débit cardiaque par les courbes de thermo-dilution ou par les courbes de dilution de colorant et calcul des temps circulatoires : au repos, deux déterminations séparées au minimum K 60 est cumulable avec le n° 476011 - 476022 K 80 pour autant que les composantes prévues dans le libellé de cette dernière soient réalisées séparément.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

E.C.G. à domicile par un médecin généraliste avec droits acquis ou un médecin généraliste agréé, qui remplit les conditions prévues à l'article 20, § 3, de la nomenclature des prestations de santé.

REPONSE

L'E.C.G. effectué au domicile du bénéficiaire par le médecin de médecine générale qui remplit les conditions prévues à l'article 20, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, doit être attesté sous le n° 475075 ** Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25. Cette prestation est cumulable avec la visite à domicile.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

La prestation 475016 - 475020 ** Défibrillation électrique du coeur, y compris le contrôle le électrocardiographique pendant l'intervention K 50 peut-elle être attestée en cas d'intervention à thorax ouvert ?

REPONSE

Par analogie à la prestation 212111 - 212122 Défibrillation électrique du coeur en cas d'arrêt circulatoire et/ou électrostimulation du coeur par pace-maker externe, y compris le contrôle le électrocardiographique, en dehors des interventions à thorax ouvert et des prestations 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 - 229180 N 96, la prestation 475016 - 475020 ne peut pas être attestée en cas de défibrillation ventriculaire au cours d'une intervention à thorax ouvert.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Comment faut-il tarifier les manipulations effectuées pour un examen comprenant une coronarographie sélective de la coronaire droite ainsi que de la coronaire gauche, effectuées chacune sous plusieurs incidences et complétées par une ventriculographie gauche ?

REPONSE

La prestation 468355 – 468366 Manipulations en vue d'une coronarographie sélective K 118 a été supprimée le 1er juin 2001.

Si la manipulation pour la ventriculographie s'est limitée à l'injection du produit opacifiant dans le ventricule gauche : la prestation ne répond pas au numéro 476055 - 476066 Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux, y compris éventuellement

les prises d'échantillons de sang pour dosage, les contrôle les radioscopiques télévisés, les contrôle les électrocardiographiques, la dénudation et l'injection de produits opacifiant avec ou sans épreuve d'effort ou épreuve pharmacodynamique, avec protocole et tracés (non cumulables avec la consultation) : par voie artérielle K 134; elle doit être attestée 476195 - 476206 Cathétérismes cardiaques en vue d'angiocardigraphies et/ou angiopneumographies y compris la dénudation, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électrocardiographiques éventuels (non cumulable avec la consultation) K 60.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1er, e) (Cardiologie), notamment les règles publiées sous la rubrique 508(05) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception de la règle interprétative approuvée par le Comité de l'assurance le 7 mai 2001.

Article 20, § 1er, g) (Rhumatologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La prestation n° 291012 - 291023 Trépanation du tibia N 200 est-elle remboursée lorsqu'elle a été effectuée, au titre d'acte connexe, par un médecin spécialiste agréé en médecine physique et en réadaptation ou en physiothérapie ou en rhumatologie ?

REPOSE

La liste des actes connexes n'est pas codifiée en raison même de la multiplicité de ces prestations et de la diversité des conditions dans lesquelles elles peuvent s'effectuer. Ils doivent répondre au souci de permettre à un médecin spécialiste de procéder lui-même aux examens qui contribuent au diagnostic d'une affection relevant de sa discipline et de parfaire par des thérapeutiques complémentaires ou accessoires les traitements relevant spécifiquement de sa spécialité.

Une intervention chirurgicale sanglante (en l'occurrence une intervention sur les os) ne peut être considérée comme prestation connexe à la spécialité de médecine physique ou de réadaptation ou physiothérapie ni à la rhumatologie.

La règle interprétative précitée est d'application le jour de sa publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplace la règle interprétative publiée à ce jour concernant l'article 20, § 1er, g) (Rhumatologie), notamment la règle publiée sous la rubrique 508(07) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 21 (Dermatovénérologie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

a) Un patient est porteur aux membres inférieurs de plaques de varicosités et de veinules. On effectue au niveau de plusieurs de celles-ci une coagulation électrique ou chimique. Que faut-il attester?

b) Qu'en est-il en cas de traitement d'une plaque isolée?

c) Y a-t-il une distinction à faire entre coagulation chimique et électrique (injection sclérosante : micro-sclérose ou micro-coagulation chimique ou électrique)?

REPOSE

L'électrocoagulation de varicosité(s) est tarifée par séance sous le numéro 531215 – 531226 Electrocoagulation ou électrolyse des poils ou des varicosités, par séance K 6.

La sclérose chimique par injection des veines est prévue sous le numéro 144071 – 144082 *Injection sclérosante des veines, pour varices, par séance K 4. Elle ne peut pas être attestée sous le numéro prévu pour l'électrocoagulation.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Peut-on attester plus d'une prestation au cours de la même séance en ce qui concerne les prestations :

112313 – 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10;

531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ?

REPONSE

La prestation 112313 - 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10 ne peut être attestée qu'une fois par séance, quel que soit le nombre d'injections et de lésions traitées.

La prestation 531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ne peut être attestée qu'une fois par séance quel que soit le nombre d'injections et d'angiomes traités.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 21 (Dermato-vénéréologie) notamment les règles publiées sous la rubrique 509 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 22 (Physiothérapie)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La prestation n° 291012 - 291023 Trépanation du tibia N 200 est-elle remboursée lorsqu'elle a été effectuée, au titre d'acte connexe, par un médecin spécialiste agréé en médecine physique et en réadaptation ou en physiothérapie ou en rhumatologie ?

REPONSE

La liste des actes connexes n'est pas codifiée en raison même de la multiplicité de ces prestations et de la diversité des conditions dans lesquelles elles peuvent s'effectuer. Ils doivent répondre au souci de permettre à un médecin spécialiste de procéder lui-même aux examens qui contribuent au diagnostic d'une affection relevant de sa discipline et de parfaire par des thérapeutiques complémentaires ou accessoires les traitements relevant spécifiquement de sa spécialité.

Une intervention chirurgicale sanglante (en l'occurrence une intervention sur les os) ne peut être considérée comme prestation connexe à la spécialité de médecine physique ou de réadaptation ou physiothérapie ni à la rhumatologie.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Un physiothérapeute peut-il cumuler la prestation 109012 Avis N 2 avec des prestations techniques thérapeutiques dans des circonstances où en application de l'article 23, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, la consultation ne peut être cumulée avec les prestations thérapeutiques ?

REPONSE

L'article 23, § 3, de la nomenclature des prestations de santé dispose que les honoraires pour des prestations thérapeutiques ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin qu'à l'occasion de la consultation qui a donné lieu à la prescription d'une prestation

thérapeutique, à l'occasion de la consultation d'évaluation au terme d'une série de ces prestations, ou à l'occasion de l'exécution de la prestation n° 558773 - 558784, à l'exclusion des prestations nos 558810 - 558821 et 558832 - 558843 qui constituent des séries de prestations.

Si le remboursement d'une consultation est interdit, est exclue également toute autre prestation qui constitue une partie de la consultation. En d'autres mots, la prestation 109012 ne peut pas être cumulée avec les actes techniques.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Comment peut-on attester la relaxation et l'induction du sommeil par l'émission transcérébrale d'un courant rectangulaire de basse fréquence et de faible intensité, combiné éventuellement à un courant galvanique continu de bas voltage ?

REPONSE

La technique décrite doit être attestée sous le n° 558670 - 558681 Ondes thérapeutiques à énergie électrique (galvanisation, ionisation, faradisation, courants électriques spéciaux) K 5 et non sous le n° 477050 - 477061 Convulsivothérapie par procédé chimique ou physique, la thérapeutique devant être réellement convulsivante - électro-narcose, par séance K 25 : l'électro-narcose visée par ce libellé est une technique de convulsivothérapie, analogue à l'électrochoc, qui nécessite l'application de courants de forte intensité et de haut voltage

REGLE INTERPRETATIVE 4 (voir également Article 10, § 4 – R.I. n° 11)

QUESTION

La prestation 558795 – 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle reprenant au moins deux des techniques ci-dessous, par séance (rééducation par le mouvement, hydrothérapie en piscine, ergothérapie, psychomotricité, électrothérapie, exercices avec prothèses et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes) K 15 peut-elle être attestée par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique?

REPONSE

Les prestations thérapeutiques de physiothérapie peuvent être attestées à titre connexe par certains prestataires (ex. chirurgien orthopédiste) pour leurs propres patients, à l'exception des prestations de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire (558810 – 558821 K 30 et 558832 – 558843 K 60) que la nomenclature réserve au physiothérapeute ou au médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle. Lorsque la nomenclature des prestations de santé précise que : La prestation n° 558633 – 558644 peut également être remboursée quand elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale, par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou par un médecin spécialiste en rhumatologie. » , elle n'entend pas interdire l'accès aux autres prestations de la nomenclature de physiothérapie au médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, mais elle veut préciser que la prestation 558633 - 558644 Mise en évidence de douleurs dorsales et articulaires orthopédiques dorso-lombaires atypiques... K 50 est considérée comme faisant partie de la nomenclature du chirurgien orthopédiste. La question de la connexité ne se pose dès lors pas vis-à-vis du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour cette prestation.

Cela n'empêche pas les règles de la connexité de s'appliquer (ou non), pour les autres prestations de physiothérapie (à l'exception des prestations 558810 – 558821 K 30 et 558832 – 558843 K 60) effectuées par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou un autre prestataire non physiothérapeute.

Le médecin spécialiste en orthopédie peut, pour ses propres malades qu'il soigne dans le cadre de sa spécialité, porter en compte les prestations de l'article 22, II a) Prestations thérapeutiques, pour autant que les conditions concernant la présence physique, reprises à l'article 1er, § 4bis, II, B, 2, de la nomenclature soient remplies.

La prestation 558795 – 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle... K 15 peut dès lors être attestée à titre d'acte connexe, par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour ses propres patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa spécialité.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant les articles 22 et 23 (Physiothérapie), notamment les règles publiées sous la rubrique 510 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 24 (Biologie clinique)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Recherche de l'albumine urinaire et du glucose urinaire.

REPONSE

La recherche qualitative de l'albumine urinaire ou du glucose urinaire n'a jamais figuré à la nomenclature des prestations de santé. Cette recherche a toujours été considérée comme faisant partie de la consultation du médecin. Aucun remboursement n'est donc dû pour cette prestation, qu'elle ait été effectuée par un médecin ou par un pharmacien.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour des dosages effectués dans le liquide de dialyse rénale en vue de contrôler la concentration réelle de l'eau en calcium et autres ions de l'eau ?

REPONSE

Ces dosages doivent être considérés comme frais de mise en route de la dialyse et sont couverts par l'intervention prévue pour les prestations de dialyse.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Examen cytologique d'un frottis de ponction de la rate ou d'un ganglion lymphatique.

REPONSE

L'examen cytologique d'un frottis de ponction de la rate ou d'un ganglion lymphatique doit être tarifé sous le n° 553055 - 553066 Examen cytologique et formule d'un frottis de ponction d'un organe hématopoïétique (avec rapport) B 1000

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Quelles sont les conditions techniques requises pour pouvoir porter en compte à l'assurance une prestation de biologie clinique impliquant le dosage d'une substance ?

REPONSE

Pour pouvoir porter en compte à l'assurance une prestation de biologie clinique impliquant le dosage d'une substance, il faut avoir appliqué correctement une technique de dosage de celle-ci même si, dans certains cas, on se trouve en dehors du seuil de détection de la technique utilisée et que la substance n'est pas mesurable.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester la mesure de la saturation en oxygène de l'hémoglobine ?

REPONSE

La prestation 540536 – 540540 Mesure de la saturation en O₂ de l'Hb (à l'exclusion de tout calcul) (Maximum 1) Classe 8, ... B 100 peut être attestée à condition qu'il s'agisse d'une analyse directe des gaz sanguins in vitro.

Cette prestation peut être attestée plusieurs fois par jour. La mesure de la saturation en oxygène de l'hémoglobine par l'oxymétrie transcutanée n'est pas prévue à la nomenclature des prestations de santé et ne peut pas être attestée.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 24 (Biologie clinique) notamment les règles publiées sous la rubrique 511 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Les honoraires pour l'accouchement comprennent les honoraires de surveillance pour la bénéficiaire hospitalisée à l'occasion de son accouchement durant une période de dix jours. Si l'accouchement est fait par un médecin, il n'y a pas de problème. Si l'accouchement est fait par une accoucheuse et qu'une surveillance médicale est indiquée, le médecin peut-il porter en compte des honoraires ?

REPONSE

Les honoraires payés pour l'accouchement comprennent les honoraires pour la surveillance de la bénéficiaire même lorsque l'accouchement a été fait par une accoucheuse.

Il n'est cependant pas exclu qu'un médecin spécialiste puisse être appelé auprès de la bénéficiaire par le médecin responsable de la maternité. Dans ce cas, les honoraires prévus sous le n° 599082 Honoraires pour l'examen par un médecin spécialiste d'un bénéficiaire hospitalisé à la demande du médecin qui en a la surveillance C 12 pourront être remboursés dans les conditions fixées sous cette rubrique.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Des interventions chirurgicales ne se pratiquent pas uniquement dans les services de chirurgie proprement dits. Les services d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'urologie et de gynécologie notamment procèdent à de nombreuses opérations. Au point de vue des honoraires de surveillance, le séjour dans de tels services doit-il dès lors être assimilé au séjour en service de chirurgie lorsqu'une intervention chirurgicale est pratiquée ?

REPONSE

La notion de service n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement des honoraires de surveillance : c'est la prestation qui est effectuée qui est prise en considération.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Les honoraires dus pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé peuvent-ils être remboursés si cette surveillance s'est exercée assez tard le 1er jour et assez tôt le jour du départ ?

REPONSE

L'arrêté royal du 14 septembre 1984 prévoit des honoraires journaliers forfaitaires pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé.

Ces honoraires sont toujours liés à la journée d'hospitalisation. Lorsque les conditions fixées pour le remboursement d'une journée d'hospitalisation ne sont pas remplies, l'on considère qu'il n'y a pas d'hospitalisation au sens de l'assurance et dès lors, les honoraires de surveillance ne peuvent être remboursés.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Un pédiatre établit une « attestation de soins donnés aux malades hospitalisés » pour les prestations nos 598404 C 16, 598021 C 6 et 598043 C 3 en faveur d'un nouveau-né pour lequel il n'y a cependant pas eu d'hospitalisation au sens propre du mot. La clinique n'a pas transmis de demande d'hospitalisation et n'a pas porté de journée d'hospitalisation en compte pour ce nouveau-né.

REPONSE

Il apparaît que l'enfant n'a pas été hospitalisé pour son propre compte puisque aucun avis d'hospitalisation n'a été adressé à l'organisme assureur et qu'aucune journée d'entretien n'a été réclamée pour l'enfant.

Dans ces conditions, il s'agit d'un cas classique et :

1. le prix de journée d'entretien accordé pour la mère couvre l'hospitalisation de l'enfant pendant dix jours;
2. les honoraires de surveillance sont couverts pendant dix jours par les honoraires payés pour l'accouchement;
3. les honoraires pour l'intervention du médecin spécialiste en pédiatrie (599104 Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M, C 20) peuvent être remboursés au malade au maximum deux fois pendant la durée du séjour du nouveau-né en service M, à l'exclusion des prestations nos 598404 C 16, 598021 C 16 et 598043 C 3.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Une titulaire est affiliée à un organisme assureur différent de celui de son mari. Elle accouche dans une maternité. Un pédiatre intervient dans les 10 jours.

Quel organisme assureur doit rembourser la prestation n° 599104 Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M, C 20 : celui du père ou celui de la mère ?

REPONSE

Sauf exception, pendant les 10 jours qui suivent la naissance, l'enfant n'est pas hospitalisé pour son propre compte, il suit sa mère et une seule journée d'entretien est remboursée pour les deux, au nom de la mère.

Par conséquent, lorsque la prestation 599104 C 20 est portée en compte pour un nouveau-né, il faut nécessairement qu'il y ait corrélation avec la personne pour laquelle la journée d'hospitalisation est portée en compte. Si la mère elle-même est titulaire, les prestations sont à charge de son organisme assureur et non à charge de celui de son conjoint.

Lorsque l'enfant est hospitalisé pour son propre compte, ou lorsque l'enfant reste hospitalisé au-delà de la période de 10 jours, les prestations quelles qu'elles soient, sont à charge de l'organisme assureur du titulaire dont l'enfant est le bénéficiaire.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Un bénéficiaire est hospitalisé dans une clinique neurologique (hospitalisation à temps plein). Le psychiatre traitant porte régulièrement en compte des honoraires de surveillance.

Par ailleurs, le malade se rend en consultation chez un neuropsychiatre, dont le cabinet est situé en ville, pour y suivre des séances de psychothérapie. Ce spécialiste peut-il porter en compte à chaque séance une consultation ou une séance de traitement psychothérapeutique ?

REPONSE

Les honoraires de surveillance remboursés pour un bénéficiaire hospitalisé couvrent les visites de tous les médecins qui participent à cette surveillance.

Le paiement des honoraires de surveillance exclut toute possibilité de rembourser des honoraires de consultation ou de visite prévus au chapitre II de la nomenclature, qu'elles aient lieu au dehors ou dans l'établissement hospitalier.

REGLE INTERPRETATIVE 7

a) La surveillance par un médecin spécialiste en pathologie interne pendant la période qui précède une première intervention thérapeutique, chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale qui se situe ou non dans les dix premiers jours de l'hospitalisation donne lieu au remboursement des honoraires de surveillance et cela quelle que soit la durée de la période post-opératoire.

Ce n'est que dans le cas où la surveillance est faite par un médecin spécialiste en pathologie externe ou un anesthésiste ou un médecin non spécialiste en pathologie externe qui pratique une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou obstétricale et que l'intervention se situe dans les dix premiers jours de l'hospitalisation que la période d'immunisation se compte à partir du premier jour d'hospitalisation sous la surveillance d'un tel médecin (cfr. art. 25, § 2, a), 2° et 3°, de la nomenclature des prestations de santé).

b) Lorsque pendant une même période d'hospitalisation, plusieurs interventions thérapeutiques chirurgicales ou orthopédiques ou prestations obstétricales se succèdent, chaque nouvelle intervention met fin à la période d'immunisation précédente et ouvre une nouvelle période d'immunisation de 10 jours.

Toutefois, les interventions chirurgicales lourdes, visées à l'article 25, § 2, a), 2°, 3e alinéa, de la nomenclature des prestations de santé, n'entraînent pas l'immunisation des honoraires de surveillance pendant dix jours.

(Cette règle d'exception reste d'application lorsqu'une intervention chirurgicale non visée à l'article 25, § 2, a), 2°, 3e alinéa, de la nomenclature, précède ou suit l'intervention de chirurgie lourde).

c) L'immunisation de 10 jours vise toute intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou prestation obstétricale - sanglante ou non - des chapitres IV et V de la nomenclature, y compris les plâtres mais à l'exclusion des prises de moulage, ainsi que tout traitement interventionnel percutané sous contrôle d'imagerie médicale.

Toutefois, lorsque la valeur de la prestation ou de la somme de plusieurs prestations est inférieure à celle des honoraires de surveillance, le médecin peut choisir entre l'un ou l'autre de ces honoraires.

d) Il n'est pas mis fin à la période d'immunisation lorsque le bénéficiaire rentre après une interruption de l'hospitalisation de moins de 4 jours (moins de 31 jours en service K, A, T, Sp-chronique, G et Tf) et dès lors, les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours immunisés. Il en est de même pour les honoraires de surveillance : les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours de surveillance pendant l'absence sans que cela implique le paiement des honoraires de surveillance.

Il n'est pas mis fin non plus à la période d'immunisation de 10 jours lorsqu'un bénéficiaire opéré passe sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie interne, ni lorsqu'il est transféré d'un service à l'autre, au sein d'un même établissement hospitalier, au sein d'hôpitaux qui ont fusionné ensemble et auxquels un numéro d'agrément unique est attribué ou encore au sein d'un même groupement d'hôpitaux tel que défini par l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Par contre, en cas de transfert du bénéficiaire dans un établissement hospitalier autre que ceux visés ci-dessus, il faut considérer qu'une nouvelle période d'hospitalisation commence.

e) En cas de transfert du bénéficiaire dans un autre service au sein d'un même établissement hospitalier, les honoraires de surveillance sont attestés en tenant compte du nombre de jours écoulés lors du séjour dans le service précédent. Il n'est dès lors pas permis d'attester à nouveau les honoraires de surveillance prévus en début d'hospitalisation.

La même règle s'applique aussi lorsque le transfert a lieu entre deux hôpitaux appartenant à un même groupement d'hôpitaux tel que visé à l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter ou entre deux hôpitaux qui ont fusionnés ensemble et qui ont dès lors un numéro d'agrément unique.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Honoraires de surveillance lorsqu'on effectue la prestation n° 257272 - 257283 Bronchoscopie avec extraction de corps étrangers K 120.

REPONSE

L'extraction de corps étrangers par bronchoscopie étant une intervention thérapeutique de la section 5, Chirurgie, aucun honoraire de surveillance n'est dû pendant dix jours.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Un médecin ayant simultanément l'agrément de neurologue et de neurochirurgien exerce la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé du 1 au 25.10 et réclame les honoraires suivants : 598404 C 16 x 5, 598021 C 6 x 1, 598043 C 3 x 9.

L'intervention chirurgicale pratiquée par un autre neurochirurgien se situe au 7.10. La tarification est-elle exacte ?

REPONSE

Du fait de sa double reconnaissance comme spécialiste en pathologie interne et en pathologie externe, le médecin tombe sous l'application des dispositions de l'article 25, § 2, a), 2°, premier alinéa, qui prévoient que :

« Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale sont couverts pendant 10 jours par les

honoraires prévus pour cette intervention. Ces 10 jours se comptent à partir du premier jour d'hospitalisation du bénéficiaire sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie externe ou d'un médecin spécialiste en anesthésie. »

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Peut-on porter en compte des honoraires de surveillance des bénéficiaires hospitalisés ou des honoraires de consultation dans les cas visés à l'article 4, §§ 4, 5 et 6 de la convention nationale entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers ?

REPONSE

1. Dans les cas énumérés à l'article 4, § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait A, B, C ou D) et § 6 (dialyse rénale) de la convention nationale entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers, le régime des honoraires médicaux de surveillance doit être appliqué (article 25 de la nomenclature des prestations de santé).

Des honoraires de consultation ne peuvent pas être portés en compte.

2. Dans les cas énumérés à l'article 4, § 3 (mini forfait) et § 7 (salle de plâtre) de la convention hospitalière, les patients ne peuvent pas être considérés comme des bénéficiaires hospitalisés et le régime des honoraires de surveillance n'est pas applicable en l'occurrence; les honoraires de consultation peuvent être portés en compte éventuellement dans les limites prévues par les dispositions de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Une bénéficiaire accouche en clinique sans l'aide d'un médecin ou d'une accoucheuse : peut-on rembourser les honoraires de surveillance au médecin qui assure la surveillance post-natale de l'intéressée ?

REPONSE

Lorsque les honoraires pour accouchement ou toute autre prestation obstétricale n'ont pas été portés en compte, notamment en raison du fait qu'aucun prestataire qualifié n'a pratiqué cette prestation, les honoraires de surveillance sont dus sur base des dispositions de l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Extractions dentaires multiples sous anesthésie générale : la condition relative à l'état général du patient n'est pas réalisée, les autres critères prévus à l'article 15, § 9, de la nomenclature des prestations de santé sont remplis : y a-t-il immunisation des honoraires de surveillance ?

REPONSE

Dans le cadre des dispositions de l'article 15, § 9, de la nomenclature des prestations de santé, les honoraires pour les extractions dentaires multiples sous anesthésie générale couvrent la surveillance du bénéficiaire pendant 10 jours. Si la prestation 317214 - 317225 + Extraction sous anesthésie générale, de 8 dents au moins, y compris l'alvéolectomie et les sutures éventuelles K 125 ne peut pas être attestée, les honoraires de surveillance sont dus.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Que faut-il entendre par les termes « médecin spécialiste en pathologie externe » repris à l'article 25, § 2, a), 2°, de la nomenclature des prestations de santé ?

REPONSE

Pour l'application des dispositions de l'article 25, § 2, a), 2°, de la nomenclature des prestations de santé, par «médecin spécialiste en pathologie externe», il faut entendre les médecins agréés dans les spécialités chirurgicales citées aux points a) à l) de l'article 14 qui débute par : « Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des disciplines relevant de la pathologie externe ».

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Pour les cinq premiers jours d'hospitalisation, sous quels numéros faut-il attester les honoraires de surveillance du médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie ou en rhumatologie, pour un patient hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur ?

REPONSE

Ces honoraires de surveillance doivent être attestés sous le numéro

599384

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : les cinq premiers jours, par jour C 12

ou

598323

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : par un médecin accrédité, les cinq premiers jours, par jour C 12 + Q 30 selon le cas, et non sous le numéro

598404

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie, en rhumatologie : les cinq premiers jours, par jour C 16

ou

598146

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin accrédité spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie, en rhumatologie : les cinq premiers jours, par jour C 16 + Q 30.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

La prestation 424056 - 424060 Cardiotocographie anténatale (à l'exclusion des cardiotocographies effectuées le jour de l'accouchement) : enregistrement combiné du rythme cardio-foetal, de l'intensité et de la fréquence des contractions, d'une durée minimale d'une demi-heure, avec protocole et extraits des tracés, par jour K 25 entraîne-t-elle l'immunisation des honoraires de surveillance prévus à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé ?

REPOSE

L'article 25, § 2, a) 2°, de la nomenclature des prestations de santé précise que :

« Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale ou un traitement interventionnel percutané sous contrôle de l'imagerie médicale, sont couverts pendant 10 jours par les honoraires prévus pour cette intervention... ».

La prestation 424056 - 424060 K 25 est classée dans le chapitre des accouchements mais il s'agit d'un acte diagnostique.

Etant donné qu'il ne s'agit pas d'une intervention, la prestation 424056 - 424060 K 25 n'entraîne pas l'immunisation des honoraires de surveillance, prévus à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé.

Ces honoraires de surveillance peuvent dès lors être attestés dans les conditions prévues à l'article 25 de la nomenclature.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

1. Modalité de facturation d'honoraires de consultations et d'actes techniques dans le cadre d'une mission d'un service mobile d'urgence (SMUR).

2. Modalités de facturation d'honoraires de consultations des spécialistes et d'actes techniques dans le cadre du service d'urgence spécialisé agréé.

En détail, il est important de savoir qui peut facturer quoi et deuxièmement, à partir de quel moment un patient admis pour surveillance dans un lit du service d'urgence peut être considéré comme hospitalisé (après 12 h, 24 h, 25 h etc.).

3. Existe-t-il un honoraire ou un forfait de surveillance en urgence ?

Pour illustrer la question, voici quelques exemples :

A) Une patiente de 21 ans est admise en urgence pour abdomen aigu avec douleurs à la fosse iliaque droite. Le médecin urgentiste examine la patiente. Il pratique un cathétérisme vésical pour un examen d'urine, demande une biologie, un abdomen aigu et une échographie du pelvis. Le chirurgien est appelé qui examine également la patiente. Il désire l'avis du gynécologue qui fait une échographie transvaginale. Comme il y a un peu de sang dans les urines, on demande l'avis de l'urologue qui fait une échographie des reins et une cystoscopie.

Tous ces examens restant négatifs, on met la patiente en surveillance pendant 24 heures. La symptomatologie persiste, on décide l'hospitalisation et on pratique une laparoscopie exploratrice.

B) Un patient collabe dans un grand magasin. Il présente une plaie ouverte au crâne et une fracture du poignet. Le SMUR étant appelé sur place, le médecin du SMUR fait une réanimation et place un cathéter veineux central. Le patient est emmené aux urgences. Il est vu par l'urgentiste qui place un cathéter vésical et suture la plaie. Il appelle le chirurgien qui réduit la fracture et met un plâtre. Il demande l'avis du neurologue qui ne trouve rien de particulier dans ses examens. Entre-temps, le patient s'est bien rétabli spontanément, refuse une surveillance supplémentaire et quitte l'hôpital de son propre gré.

C) Un patient est amené en privé, inconscient. L'urgentiste pratique une intubation, un sondage vésical. L'électrocardiogramme montre un infarctus de la paroi postérieure avec des accès de troubles de rythme. L'interniste est appelé et reprend le traitement et hospitalise le patient aux soins intensifs où une thrombolyse est installée.

D) Un patient arrive aux urgences avec une piqûre de guêpe. Il ne montre apparemment aucun symptôme aigu d'allergie. On le soigne. Il quitte l'hôpital. Après 30 minutes il revient et montre des signes évidents de détresse respiratoire avec un oedème de Quincke. Il est admis aux urgences pendant 24 heures, puis il quitte l'hôpital.

REPOSE

1. Aucune consultation ou visite à domicile ne peut être portée en compte par le médecin qui accompagne le SMUR.

Les actes techniques effectués dans le cadre d'une mission du SMUR doivent être attestés sur base des numéros réservés aux patients non hospitalisés, et ce, pour autant que tous les critères fixés par la nomenclature des prestations de santé soient réalisés.

La nomenclature des prestations de santé prévoit notamment la prestation 214233-214244 Installation et surveillance de la respiration contrôlée sous intubation endotrachéale ou trachéotomie et de la fonction cardiaque avec utilisation d'un appareil de monitoring qui suit au moins en permanence l'électrocardiogramme pendant l'accompagnement du transport urgent d'un patient dans une ambulance médicalisée N 150, pour laquelle des règles d'application sont prévues à l'article 13 de la nomenclature. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 590472 Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros d'un service mobile d'urgence suite à un appel au centre d'appel unifié « 100 »... A 50.

La prestation 214233-214244 requiert la qualification de médecin spécialiste en médecine interne, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, rhumatologie, pédiatrie, anesthésiologie, chirurgie générale, neurochirurgie, orthopédie, chirurgie plastique, urologie ou neurologie.

2. En ce qui concerne la tarification des prestations effectuées dans le service des urgences, et en particulier en ce qui concerne la consultation, on peut rappeler la règle interprétative n° 14 : relative à l'article 2 qui prévoit que :

« Le cumul entre la consultation et les honoraires de surveillance n'est pas permis dans le cas où le patient est convoqué par un médecin de l'établissement de soins, est envoyé par son médecin traitant ou entre d'urgence dans un établissement de soins, pour y être hospitalisé »

D'autre part, la circulaire OA n° 84/382 du 7 décembre 1984 précise que : « en règle générale, c'est la situation du patient au moment où la prestation est effectivement dispensée qui est déterminante pour le choix du numéro d'ordre; toutefois pour les prestations de biologie clinique, d'anatomo-pathologie ou de médecine nucléaire in vitro, le caractère « ambulatoire » ou « hospitalisé » doit être déterminé en fonction du moment de l'établissement de la prescription.

La qualité « d'hospitalisé » du patient est censée exister depuis l'heure et date d'admission à l'hôpital, telles que figurant sur le document de notification d'hospitalisation. »

Les analyses prescrites à un patient qui se présente en urgence à l'hôpital peuvent être attestées sous les numéros réservés aux patients ambulants pour autant que les résultats soient connus avant l'hospitalisation et soient contributifs à la décision d'admission.

La consultation réellement effectuée en urgence avant que ne soit prise la décision d'hospitaliser le patient peut également être attestée. Dans ces situations imprévisibles ou d'urgence, l'on ne se trouve pas en contradiction avec la règle interprétative n° 14 susmentionnée.

Il ne peut pas s'agir d'une procédure systématique qui serait appliquée aux patients dont l'état démontre d'emblée qu'une hospitalisation s'impose.

Par ailleurs, dans le cas où un patient se présente à l'hôpital pour y être hospitalisé, subit quelques examens et est transféré ensuite dans un autre établissement hospitalier, les analyses effectuées dans le premier hôpital doivent être tarifées sous les numéros de code prévus pour les patients hospitalisés.

- Les prestations doivent être attestées au nom du prestataire qui les a effectuées, pour autant qu'il possède la qualification requise par la nomenclature des prestations de santé.

Les prestations effectuées par un médecin de médecine générale porteur d'un brevet de médecine aiguë doivent être attestées au nom de ce médecin sous les numéros de code accessibles au médecin généraliste.

Toutefois, en ce qui concerne les prestations effectuées par un médecin candidat spécialiste, il y a lieu de se référer aux dispositions des articles 1^{er}, § 4^{ter}, et 10, § 2 de la nomenclature.

Les prestations effectuées par un médecin candidat spécialiste seront attestées à 100 % (par le maître de stage) ou à 75 % (par le candidat spécialiste) selon les conditions de surveillance du stage prévues à l'article 1, § 4^{ter} de la nomenclature des prestations de santé.

Il doit toujours s'agir de prestations effectuées dans le cadre du plan de stage approuvé par la Commission d'agrégation compétente.

-Un patient admis pour surveillance dans un lit du service des urgences est considéré comme hospitalisé dès le moment où le médecin juge nécessaire de le garder sous surveillance à l'hôpital, pour autant que le séjour hospitalier comprenne au moins une nuitée et que les critères médicaux de remboursement d'une journée d'hospitalisation soient rencontrés (cf. Article 9, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

3. La nomenclature des prestations de santé ne prévoit aucun forfait de surveillance spécifique pour les patients examinés et traités en urgence.

Pour les consultations et les prestations techniques urgentes, il y a lieu de se référer aux dispositions des articles 2, A et F et 26 de la nomenclature.

On trouve ci-dessous la réponse aux exemples concrets soumis :

A. Si la nécessité d'hospitaliser la patiente n'était pas d'emblée prévisible, elle doit être considérée comme hospitalisée à partir du moment où le médecin a décidé de la mettre en surveillance pendant 24 heures.

Les actes techniques qui précèdent cette décision doivent être attestés sous les numéros de code prévus pour les patients non hospitalisés.

Le médecin urgentiste peut attester une consultation si l'hospitalisation de la patiente n'était pas d'emblée prévisible.

Une seule consultation peut être attestée pour l'examen de la patiente par les trois médecins spécialistes en pathologie externe, pour autant que la nécessité d'hospitaliser la patiente ne se soit pas imposée lors de ces différents examens et pour autant que le médecin urgentiste ne soit pas agréé lui-même dans une discipline chirurgicale.

B. Toutes les prestations effectuées pour ce patient doivent être attestées sous les numéros prévus pour les patients non hospitalisés.

C. Le patient doit être considéré comme hospitalisé dès son arrivée à l'hôpital.

D. Lors de son premier passage au service des urgences, le patient doit être considéré comme ambulancier.

Il doit être considéré comme hospitalisé dès son retour dans le service des urgences.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés), notamment les règles publiées sous la rubrique 512 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Un médecin spécialiste est appelé par un autre médecin au chevet d'un bénéficiaire hospitalisé. Peut-on rembourser les frais de déplacement ?

REPONSE

La nomenclature des prestations de santé ne prévoit pas le remboursement des frais de déplacement éventuels.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

L'article 25, § 3, de la nomenclature des prestations de santé précise que : « Lorsque la fonction de permanence médicale est partagée entre plusieurs hôpitaux, par rotation, les honoraires sont à partager pro rata temporis. Le forfait total est porté en compte pour toutes les admissions ayant eu lieu au cours de la période durant laquelle la permanence était assurée par l'hôpital en question, et au cours de laquelle le médecin était présent dans l'hôpital de façon ininterrompue, tandis que les autres hôpitaux ne portent rien en compte pour les admissions effectuées au cours de cette période. » .

Que peut attester un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés et d'une fonction agréée de soins intensifs, pendant la période au cours de laquelle il n'exerce pas la permanence □100□□?

REPONSE

Pendant la période où il n'exerce pas la permanence 100, l'hôpital en question ne peut pas attester la prestation 590225 Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés et d'une fonction agréée de soins intensifs A 40.

Il peut attester la prestation 590203 Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins intensifs A 28 pour la fonction de soins intensifs, pour autant que cette dernière soit agréée et que la garde soit assurée selon les critères de fonctionnement en vigueur. A noter que pendant la période où il organise la permanence 100, l'hôpital qui atteste la prestation 590225 A 40 doit répondre à la condition mentionnée sous le libellé, à savoir :

« Au moins un des médecins de permanence intramuros est soit porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, soit porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, soit spécialiste agréé en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie, en neurologie, en pédiatrie, en anesthésie-réanimation, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie. ».

La règle interprétative précitée est d'application le jour de sa publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplace la règle interprétative publiée à ce jour sous la rubrique 201 (Frais de déplacement) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Article 26 (Suppléments pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié)

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Le supplément pour prestations techniques urgentes peut-il être remboursé pour des prestations dentaires ?

REPONSE

Le supplément pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié figure à la section 13 du chapitre V Prestations techniques médicales spéciales. Il faut cependant constater que dans les remarques qui y font suite, il est précisé que certaines prestations d'un autre chapitre, en l'occurrence le chapitre IV Accouchements, ne donnent pas lieu au remboursement du supplément. L'on peut en conclure que les prestations techniques d'autres chapitres qui ne sont pas nommément exclus peuvent donner lieu à ce remboursement. Dès lors, les soins dentaires classés au chapitre III Soins courants peuvent également donner lieu au remboursement du supplément - bien qu'ils soient affectés de la lettre-clé L - lorsque les critères d'urgence et d'imprévisibilité sont réalisés.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Au cours d'une visite demandée le jour mais effectuée le soir ou la nuit pour des raisons propres au médecin, certaines prestations techniques réputées urgentes doivent être pratiquées.

Ces prestations techniques donnent-elles droit aux honoraires supplémentaires visés à l'article 26 de la nomenclature ?

REPONSE

Etant donné que la visite est considérée comme une visite de jour, les prestations techniques effectuées à cette occasion doivent normalement être considérées au même titre que la visite au cours de laquelle elles ont été pratiquées.

Elles peuvent d'autant moins être considérées comme prestations urgentes que c'est l'arrivée tardive du médecin - et non l'appel tardif du malade - qui a entraîné le retard de leur exécution.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Supplément d'urgence pour une prestation technique effectuée par un médecin stagiaire visé à l'article 10, § 2, de la nomenclature des prestations de santé, dans les conditions prévues à l'article 1, § 4ter, 1, dernier alinéa, de ladite nomenclature. La prestation technique est attestée à 75 % de sa valeur.

REPONSE

Le calcul du supplément doit se faire sur base de la valeur relative de la prestation ramenée à 75 %.

Exemple :

75 % de la valeur relative K 25 = K 18,75.

Supplément : 599631 - 599642 K 20.

Si plusieurs prestations sont effectuées, le supplément se calcule sur la somme des valeurs relatives attribuées à chacune d'elles, réduite à 75 %.

Exemple :

75 % de (K 120 + K 18) = K 103,5

Supplément : 599572 - 599583 K 80.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Supplément pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, lorsque certaines prestations ont une valeur relative en K et d'autres en N.

REPONSE

L'article 26 de la nomenclature des prestations de santé mentionne, en son § 1^{er}, des valeurs relatives à la fois sous des lettres-clés K et N et dispose, en son § 7, qu'en cas de prestations multiples effectuées d'urgence chez un même malade, la somme des honoraires pour chacune d'entre elles constitue la base sur laquelle est déterminé le supplément.

Dès lors, lorsque des prestations en K et en N entrent en ligne de compte conjointement pour permettre le bénéfice du supplément, il est indiqué de convertir la valeur relative de N en K, en multipliant la valeur relative de N par 0,6.

Exemple :

Prestations :

K 40 + K 20 + N 25 + N 15

$(K 40 + K 20) + (N 25 + N 15) \times 0,6$.

Lorsque des prestations sont affectées d'une valeur relative en K et d'autres en I, la même façon de calculer doit s'appliquer, I étant considéré comme équivalent à N.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Comment y a-t-il lieu d'appliquer les dispositions de l'article 26, §§ 6 et 7 de la nomenclature des prestations de santé lorsque des prestations avec ticket modérateur et sans ticket modérateur sont effectuées en urgence pendant la nuit, le week-end ou un jour férié ?

REPONSE

L'intervention personnelle du bénéficiaire doit être calculée sur la somme des prestations classées parmi les soins courants et du supplément y afférent.

Le montant du remboursement à accorder est obtenu par la différence entre le montant total des honoraires et le montant de la quote-part du bénéficiaire.

Exemples :

Un assuré, qui ne bénéficie pas de l'intervention majorée, subit les prestations suivantes :

a) 3 prestations non chirurgicales classées à l'article 3, § 1^{er}, de la nomenclature :

K 15

K 6

K 6

Honoraires du médecin :

Pour les prestations : $K 15 + K 6 + K 6 = K 27$.

Supplément : K 40

Total : $K 27 + K 40 = K 67$.

Intervention personnelle du bénéficiaire :

$$\frac{K15 + K6 + K6}{4} + \frac{K40}{4} = \frac{K67}{4}$$

Remboursement de l'assurance :

$$K67 - \frac{K67}{4}$$

b) 3 prestations non chirurgicales de l'article 3, § 1^{er} + 2 prestations classées à l'article 14 de la nomenclature :

K 15

K 6

K 6

K 225

K 180

Honoraires du médecin :

Pour les prestations :

$$K225 + \frac{K180}{2} + K15 + K6 + K6 = K342$$

Supplément : K 150.

Total : $K 342 + K 150 = K 492$.

Intervention personnelle du bénéficiaire :

$$\frac{K15 + K6 + K6}{4} + \frac{K40}{4}$$

(c'est-à-dire le supplément correspondant à la somme des soins courants) = $\frac{K67}{4}$

Remboursement de l'assurance :

$$K492 - \frac{K67}{4}$$

Il convient de rappeler que le supplément prévu au chapitre V, section 13, de la nomenclature n'est remboursé que pour les prestations qui doivent être faites d'urgence pendant la nuit, le week-end ou un jour férié.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au Moniteur belge (13.3.2002) et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 26 (Suppléments pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié), notamment les règles publiées sous la rubrique 513 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.