

Règles interprétatives

Règle interprétative 1

Version 2

Question

La nomenclature fait référence à "la stimulation du cordon médullaire" via les prestations 151012 – 151023 ; 151034 – 151045 ; 151056 – 151060 ; 151071 – 151082 ; 151093 – 151104 ; 151115 – 151126 ; 151130 – 151141 ; 151152 – 151163 ; 151174 – 151185 ; 151196 – 151200 ; 151211 – 151222 ; 151233 – 151244 ; 151255 – 151266 ; 171835-171846; 171850 -171861; 171872-171883; 171894-171905; 151351 – 151362 ; 151432 – 151443.

Dans ce cadre, est-ce que la stimulation des ganglions de la racine dorsale (DRG Stimulation) est une technique qui répond aux exigences de la Liste ?

Réponse

Non, la stimulation des ganglions de la racine dorsale n'est pas une technique qui répond aux exigences de la Liste via les prestations 151012 – 151023 ; 151034 – 151045 ; 151056 – 151060 ; 151071 – 151082 ; 151093 – 151104 ; 151115 – 151126 ; 151130 – 151141 ; 151152 – 151163 ; 151174 – 151185 ; 151196 – 151200 ; 151211 – 151222 ; 151233 – 151244 ; 151255 – 151266 ; 171835-171846; 171850-171861; 171872-171883; 171894-171905; 151351 – 151362 ; 151432 – 151443.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 2

Version 2

Question

Un neurostimulateur implanté en cas de CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) peut-il faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire via les prestations

151012 – 151023 ; 151034 – 151045 ; 151056 – 151060 ; 151071 – 151082 ; 151093 – 151104 ; 151115 – 151126 ; 151130 – 151141 ; 151152 – 151163 ; 151174 – 151185 ; 151196 – 151200 ; 151211 – 151222 ; 151233 – 151244 ; 151255 – 151266 ; 171835-171846; 171850-171861; 171872-171883; 171894-171905; 151351 – 151362 ; 151432 – 151443 ?

Réponse

Non, un neurostimulateur implanté en cas de CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance via les prestations 151012 – 151023 ; 151034 – 151045 ; 151056 – 151060 ; 151071 – 151082 ; 151093 – 151104 ; 151115 – 151126 ; 151130 – 151141 ; 151152 – 151163 ; 151174 – 151185 ; 151196 – 151200 ; 151211 – 151222 ; 151233 – 151244 ; 151255 – 151266 ; 171835-171846; 171850-171861; 171872-171883; 171894-171905; 151351 – 151362 ; 151432 – 151443.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 3

Version 2

Question

Un neurostimulateur implanté en cas de « cluster headache » peut-il faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire via les prestations

151012 – 151023 ; 151034 – 151045 ; 151056 – 151060 ; 151071 – 151082 ; 151093 – 151104 ; 151115 – 151126 ; 151130 – 151141 ; 151152 – 151163 ; 151174 – 151185 ; 151196 – 151200 ; 151211 – 151222 ; 151233 – 151244 ; 151255 – 151266 ; 171835-171846; 171850-171861; 171872-171883; 171894-171905; 151351 – 151362 ; 151432 – 151443 ?

Réponse

Non, un neurostimulateur implanté en cas de « cluster headache » ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance via les prestations 151012 – 151023 ; 151034 – 151045 ; 151056 – 151060 ; 151071 – 151082 ; 151093 – 151104 ; 151115 – 151126 ; 151130 – 151141 ; 151152 – 151163 ; 151174 – 151185 ; 151196 – 151200 ; 151211 – 151222 ; 151233 – 151244 ; 151255 – 151266 ; 171835-171846; 171850-171861; 171872-171883; 171894-171905; 151351 – 151362 ; 151432 – 151443.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 4

Version 1

Question

Peut-on attester la prestation 162912-162923 à l'occasion des prestations 276452-276763, 276474-276485, 276496-276500 et 276511-276522 ?

162912-162923 Anti-adhésif utilisé spécifiquement en chirurgie de la main (par pièce)

276452 276463 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne ou interphalangienne

276474 276485 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne d'un rayon

276496 276500 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne de deux rayons

276511 276522 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne de trois rayons ou plus

Réponse

Oui, la prestation 162912-162923 peut être attestée à l'occasion des prestations 276452-276763, 276474-276485, 276496-276500 et 276511-276522.

276452 276463 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne ou interphalangienne

276474 276485 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne d'un rayon

276496 276500 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne de deux rayons

276511 276522 Correction chirurgicale de la rétraction de l'articulation métacarpo-phalangienne et interphalangienne de trois rayons ou plus

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 5

Version 10

Question

Il est fait référence dans la Liste aux termes "journal international peer-reviewed" ou "journal peer-reviewed". A quels critères doivent satisfaire les journaux pour entrer en ligne de compte ?

Réponse

Un "journal international peer-reviewed" ou "journal peer-reviewed" vise un journal scientifique, qui remplit les critères suivants :

- le journal publie des articles concernant des résultats originaux de recherche scientifique tels que, entre autres, des études cliniques, des revues de la littérature.
- la publication est possible uniquement après une révision par un comité de pairs, qui sont indépendants des auteurs.
- Si le journal est publié depuis plus que 3 ans, il doit avoir un facteur d'impact (« impact factor ») calculé par Thomson Reuters / Clarivate Analytics.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 6

Version 1

Question

Quand est-ce qu'un remboursement peut être octroyé pour un remplacement d'un processeur vocal utilisé avec un implant cochléaire, pour un bénéficiaire qui a atteint ses huit ans (prestation 153031-153042 ou 153075-153086) ?

153031 – 153042 Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

153075 – 153086 Kit comprenant un remplacement de la partie non implantable pour l'oreille contralatérale, pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

Réponse

Un remboursement pour le remplacement d'un processeur vocal (prestation 153031-153042 ou 153075-153086) est prévu après 3 ou 5 ans, en fonction de l'âge de l'enfant au moment de la délivrance du processeur vocal précédent.

Si l'enfant avait moins de 8 ans au moment de la délivrance précédente, un remboursement est prévu après 3 ans pour la même oreille, même si l'enfant a atteint ses 8 ans entre-temps.

Si l'enfant avait déjà 8 ans au moment de la délivrance précédente, un remboursement est prévu après 5 ans.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 7

Version 1

Question

Comment facturer une broche utilisée pour une traction transosseuse ?

Réponse

Lorsque la traction dure moins de 30 jours, la broche transosseuse ne répond pas à la définition d'un dispositif implantable. La broche transosseuse ne peut pas être attestée.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 8

Version 1

Question

Est-ce qu'une lentille intra-oculaire multifocale (IOL) entre en ligne de compte pour un remboursement?

Réponse

Les lentilles intra-oculaires entrent en ligne de compte pour un remboursement sous les prestations 150135 – 150146, 150150 – 150161 ou 150172 – 150183. Si la lentille intra-oculaire est une lentille torique et que celle-ci apparaît sur la liste nominative 30101 ou 30102, alors elle entre en ligne de compte pour un remboursement sous la prestation 150194 – 150205 ou 150216 – 150220.

Par le libellé « lentille intra-oculaire », on entend une lentille intra-oculaire monofocale. Une lentille intra-oculaire multifocale ne tombe pas sous ce libellé et ne tombe donc pas sous ces prestations.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 9

Version 2

Question

Comment peut-on facturer une électrode pour stimulation médullaire qui doit être retirée pendant la période de test prévue à la condition de remboursement B-§02 ?

Réponse

Lorsqu'une infection, migration ou fracture de l'électrode nécessite le retrait de l'électrode d'essai utilisée dans les conditions reprises à la condition de remboursement B-§02, cette électrode peut être attestée sous la prestation 171835-171846 ou 151351-151362 avec le code d'identification adéquat.»

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 10

Version 2

Question

Comment facturer une tige allongeable utilisée en cas de scoliose ?

Réponse

Une tige allongeable/extensible sans réintervention liée à la croissance et utilisée en cas de scoliose ne correspond pas au libellé de la prestation suivante:

Catégorie de remboursement : I.D.a

Base de remboursement € 120 Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%) 0,00%

Prix maximum

/ Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€) € 0,00

Montant du remboursement € 120»

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 11

Version 1

Question

Quelle procédure doit être suivie pour la demande de remboursement d'un neurostimulateur en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs en cas de remplacement anticipé (prestations 171275-171286 ou 171312-171323)?

Réponse

En cas de remplacement anticipé, la procédure est identique à celle d'un simple remplacement (G-§09, 4.2). La raison du remplacement doit obligatoirement être indiquée.»

Date d'introduction : 01-12-2014

Règle interprétative 12

Version 1

Question

Comment facturer un filet biologique ?

Réponse

Un filet biologique utilisé pour une réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou réparation d'une hernie inguinale ou pour la protection d'un organe correspond au libellé de l'une des prestations suivantes :
157894 - 157905 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou pour réparation d'une hernieinguinale ou pour la protection d'un organe jusque 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a
Base de remboursement € 0,50 Marge de sécurité (%) 50,00% Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix maximum € 0,75 Marge de sécurité (€) € 0,25 Intervention personnelle (€) € 0,00
Montant du remboursement € 0,50
Conditions de remboursement : E-§06 »

157916 - 157920 Filet pour réparation d'un défaut de la paroi abdominale ou pour réparation d'une hernie inguinale ou pour la protection d'un organe à partir de 300 cm², par cm²

Catégorie de remboursement : I.B.a
Base de remboursement € 0,40 Marge de sécurité (%) 10,00% Intervention personnelle (%) 0,00%
Prix maximum € 0,44 Marge de sécurité (€) € 0,04 Intervention personnelle (€) € 0,00
Montant du remboursement € 0,40
Conditions de remboursement : E-§06 »

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 13

Version 3

Question

Quel type de matériel est couvert par les mots «matériel implantable» dans un libellé d'une prestation en catégorie II (Dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme) de la Liste ?

Réponse

Lorsque le terme « matériel implantable » est utilisé dans le libellé d'une prestation en catégorie II de la Liste, il faut comprendre ceci : un dispositif médical implantable tel que défini par le règlement (UE) 2017/745 (MDR) utilisé lors d'une procédure de viscérosynthèse ou endoscopique et servant à faire une ligature ou une suture (y compris les renforts de suture), à l'exception des dispositifs médicaux qui font l'objet d'une intervention de l'assurance via une autre prestation spécifique de la Liste.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 14

Version 1

Question

Peut-on attester la prestation 167871 □ 167882 lorsqu'une fusion des phalanges est réalisée?

Réponse

Non, la prestation 167871 □ 167882 ne peut pas être attestée pour une fusion des phalanges. Les dispositifs utilisés lors d'une fusion des phalanges doivent être attestés via les prestations des vis/cheville d'ostéosynthèse.

Date d'introduction : 01-07-2014

Date de suppression : 30-11-2016

Règle interprétative 15

Version 1

Question

Quel type de clous sont visés par les prestations 167952-167963 et 167974-167985 ?

Réponse

Les clous visés par les prestations 167952-167963 et 167974-167985 sont des clous télescopiques qui s'allongent lorsque l'os grandit.

167952-167963

Clou simple centromédullaire pour allongement du membre

167974-167985

Clou assemblé centromédullaire pour allongement du membre

Date d'introduction : 01-07-2014

Date de suppression : 31-07-2017

Règle interprétative 16

Version 2

Question

Est-ce que les implants mini-invasifs ou percutanés pour fusion de l'articulation sacro-iliaque sont remboursés ?

Réponse

Lorsque la fusion de l'articulation sacro-iliaque est réalisée avec des implants mini-invasifs ou percutanés, ils sont remboursés via la prestation 168276-168280 ou 168335-168346.

168276-168280

Vis ou cheville d'osteosynthese canulée, sans possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis

168335-168346

Vis de compression sans tête type « HERBERT » canulée, pour l'ensemble des composants, par vis

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 17

Version 1

Question

Comment doit on calculer la différence de longueur entre les membres dans la condition de remboursement L-§20 ?

Réponse

Dans la condition de remboursement L-§20, par «différence de longueur des membres congénitale de plus de 3 cm liée à un raccourcissement du fémur ou du tibia», il faut comprendre que la différence de longueur congénitale entre les membres inférieurs est supérieure à 3 cm et que cette inégalité peut concerner soit le tibia, soit le fémur, soit les 2 os pris ensemble.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 18

Version 1

Question

Peut-on obtenir une intervention dans le cadre de la prestation 161475-161486 pour les cathéters de guidage ("guiding catheters"), les "guiding sheaths", les cathéters d'échange ("exchange catheters"), les micro fils guides ("micro guidewires"), le cathéter de remodelage, les tuteurs, le dispositif de détachement ("detachment device"), les valves rotatives hémostatiques ("rotating hemostatic valves"), les adaptateurs Tuohy-Borst et les robinets d'arrêt ordinaires utilisés lors d'une procédure d'embolisation encéphalique ou médullaire (prestation 589116-589120)?

Réponse

Les cathéters et autres dispositifs, à l'exception des adaptateurs Tuohy-Borst et des robinets d'arrêt ordinaires, peuvent être attestés via la prestation 161475-161486. L'utilisation de chacun des dispositifs doit être motivée dans le rapport médical circonstancié joint à la demande.

Date d'introduction : 01-05-2016

Date de suppression : 30-09-2019

Règle interprétative 19

Version 1

Question

Qu'est-ce qui est compris sous les types actuels de stimulateurs cardiaques visés sous les prestations 172395 – 172406, 172410 – 172421, 172432 – 172443, 172454 – 172465, 158594 – 158605, 158616 – 158620, 158631 – 158642, 170612 – 170623 ?

Réponse

Un stimulateur cardiaque se compose essentiellement d'une pile, d'un microcircuit électronique avec un logiciel, et d'un boîtier de connexion, et est mis en contact avec la paroi intérieure du muscle cardiaque par l'intermédiaire d'une ou plusieurs électrodes. Ces électrodes sont fixées au stimulateur cardiaque durant l'implantation. Le stimulateur cardiaque est implanté dans une poche sous-cutanée et une ou plusieurs électrodes sont fixées dans le cœur.

Date d'introduction : 01-10-2015

Règle interprétative 20

Version 1

Question

Un bénéficiaire de moins de 12 ans a reçu, en raison d'une surdité asymétrique, un implant cochléaire du côté de sa plus mauvaise oreille (prestation 170811-170822 ou 170833-170844). L'audition au niveau de l'oreille controlatérale se détériore et la perte d'audition s'élève finalement à ≥ 85 dB HL via audiométrie, ≥ 90 dB HL via BERA, et le score phonème est de $\leq 30\%$ à 70 dB SPL. Cet enfant, qui n'a pas encore 12 ans, peut-il prétendre à un implant cochléaire controlatéral?

Réponse

Les prestations pour un implant cochléaire controlatéral sont les suivantes :

- 152972 – 152983 : Kit comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946 pour les bénéficiaires de moins de huit ans
- 152994 - 153005 : Kit comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946 ou 152950-152961 pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire

La condition de remboursement C-§ 01 mentionne en outre :

2.2.1.2. Pour les prestations 152972-152983 et 152994-153005 :

Les enfants ayant déjà bénéficié d'un accord pour une première aide auditive décrite sous la prestation 683690-683701, 152935-152946 ou 152950-152961, et pour lesquels l'implantation de la deuxième aide auditive complète a eu lieu avant leur douzième anniversaire ou avant leur dix-huitième anniversaire pour les enfants souffrant d'ossification bilatérale imminente.

Pour les prestations 152935-152946 ou 152950-152961, les deux oreilles doivent avoir une perte auditive de ≥ 85 dB HL via audiométrie, ≥ 90 dB HL via BERA, et il doit y avoir un score phonème de $\leq 30\%$ à 70 dB SPL (condition de remboursement C-§01).

Si la prestation 170811-170822 ou 170833-170844 a déjà été attestée, alors le bénéficiaire obtenait au moment de la prestation un score phonème de $\leq 30\%$ à 70 dB SPL et la plus mauvaise oreille (celle qui a été implantée) répondait aux critères de ≥ 85 dB HL via audiométrie et ≥ 90 dB HL via BERA, étant donné que cela est exigé dans la condition de remboursement C-§01 pour la prestation 170811-170822 ou 170833-170844.

Si, lors d'un examen ultérieur il ressort que l'audition de l'oreille controlatérale se détériore et que la perte d'audition s'élève aussi à ≥ 85 dB HL via audiométrie et ≥ 90 dB HL via BERA alors les deux oreilles satisfont aux critères tels qu'ils sont décrits sous les prestations 152935-152946 ou 152950-152961.

Si le bénéficiaire a obtenu un implant cochléaire en raison d'une surdité asymétrique (prestation 170811-170822 ou 170833-170844) et satisfait par la suite aux critères tel que décrit sous les prestations 152935-152946 ou 152950-152961 pour surdité bilatérale, alors le bénéficiaire peut prétendre à un implant cochléaire controlatéral décrit sous la prestation 152972-152983 (jusqu'à l'âge de 8 ans) ou 152994-153005 (à partir du 8e au 12e anniversaire).

Cette règle interprétative entre en vigueur au 1er avril 2015.

Date d'introduction : 01-04-2015

Date de suppression : 30-09-2023

Règle interprétative 21

Version 1

Question

Les critères d'inclusion des prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 et 172896-172900 prévoient une limitation d'âge jusqu'à 65 ans pour l'indication bridge-to-decision. Est-ce que cette limitation d'âge s'applique aussi pour les prestations ambulatoires 172911 et 172933 ?

Réponse

Non, un bénéficiaire chez qui un des dispositifs inscrits sur les listes nominatives pour les prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 et 172896-172900 à été implanté, a droit aux remboursements mensuels prévus sous les prestations 172911 et 172933 tant que le bénéficiaire est implanté avec ce dispositif.

Date d'introduction : 01-08-2016

Date de suppression : 31-03-2018

Règle interprétative 22

Version 1

Question

Quel est le remplissage des implants mammaires et despanseurs tissulaires remplis d'un gel silicone visée aux prestations 162610-162621 et 162632-162643 ?

Réponse

Le remplissage des implants mammaires et despanseurs tissulaires remplis d'un gel silicone visé aux prestations 162610-162621 et 162632-162643 se compose exclusivement de silicone médical.

Date d'introduction : 01-08-2016

Règle interprétative 23

Version 1

Question

Au point 2 de la condition de remboursement L-§31, il est question du diamètre de la tête fémorale du fémur du patient ou de la prothèse ?

Réponse

Il s'agit du diamètre de la tête fémorale de la prothèse.

183072-183083

Composant fémoral d'une prothèse de resurfaçage, pour l'ensemble des composants

Date d'introduction : 01-06-2018

Règle interprétative 24

Version 2

Question

De quelle manière est calculée une garantie au prorata?

Réponse

Si l'appareil ne fonctionne plus pendant la période de garantie totale, le prix total de l'appareil (hors TVA) doit être remboursé.

Si l'appareil ne fonctionne plus pendant la période de garantie au prorata, le montant du remboursement doit être calculé comme suit :

Prix total de l'appareil (hors TVA) x nombre de jours non fonctionnels pendant la période de garantie au prorata

Nombre total de jours prévus pendant la période de garantie au prorata

Au début de la période de garantie au prorata, ce montant est relativement élevé.

p.ex. Après la première journée d'une garantie au prorata de 730 jours, il est presque équivalent au prix total de l'appareil:

$$\text{prix (hors TVA)} \times \frac{729}{730}$$

Vers la fin de la garantie au prorata ce montant évolue vers zéro, comme p.ex. au dernier jour d'une garantie au prorata de 730 jours:

$$\text{prix (hors TVA)} \times \frac{1}{730}$$

Date d'introduction : 01-07-2019

Règle interprétative 25

Version 1

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion de la prestation 228270-228281 «Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité»?

155212-155223

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature, par voie endoscopique

155234-155245

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228012-228023 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Réponse

Oui, les prestations 155212-155223 et 155234 – 155245 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228270-228281 «Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité ».

Date d'introduction : 01-07-2019

Date de suppression : 31-12-2020

Règle interprétative 26

Version 1

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion de la prestation 228292-228303 «Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité»?

155293-155304

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature, par voie endoscopique

155315-155326

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228174-228185 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Réponse

Oui, les prestations 155293 – 155304 et 155315 – 155326 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228292-228303 «Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité».

Date d'introduction : 01-07-2019

Date de suppression : 31-12-2020

Règle interprétative 27

Version 1

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion de la prestation 228314-228325 «Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité et évidemment ganglionnaire étendu»?

155256 - 155260

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature, par voie endoscopique

155271 - 155282

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228233-228244 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Réponse

Oui, les prestations 155256 – 155260 et 155271 – 155282 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228314-228325 «Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps avec reconstitution de la continuité et évidemment ganglionnaire étendu».

Date d'introduction : 01-07-2019

Date de suppression : 31-12-2020

Question

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion de la prestation 228336-228340 «Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité et évidemment ganglionnaire étendu»?

155330 - 155341

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature, par voie endoscopique

155352 - 155363

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 228255-228266 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

Réponse

Oui, les prestations 155330 – 155341 et 155352 – 155363 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 228336-228340 «Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité et évidemment ganglionnaire étendu».

Date d'introduction : 01-07-2019

Date de suppression : 31-12-2020

Règle interprétative 29**Version 1****Question**

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion de la prestation 242830–242841 «Duodéno pancréatectomie »?

156936 - 156940

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 -242023 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

156951 - 156962

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242012 -242023 de la nomenclature, par voie endoscopique

Réponse

Oui, les prestations 156936 - 156940 et 156951 – 156962 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 242830–242841 «Duodéno pancréatectomie».

Date d'introduction : 01-07-2019

Date de suppression : 31-12-2020

Règle interprétative 30**Version 1****Question**

La prestation suivante peut-elle être attestées à l'occasion de la prestation 242852-242863 «Hémi-pancréatectomie gauche avec anastomose jéjunale de la tranche de section ou pancréatectomie quasi totale (95 p.c.)»?

156973 - 156984

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242034 - 242045 de la nomenclature, par voie endoscopique

Réponse

Oui, la prestation 156973 – 156984 peut être attestée à l'occasion de la prestation 242852-242863 «Hémi-pancréatectomie gauche avec anastomose jéjunale de la tranche de section ou pancréatectomie quasi totale (95 p.c.)»

Date d'introduction : 01-07-2019

Date de suppression : 31-12-2020

Règle interprétative 31**Version 1****Question**

Les prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion des prestations 242874–242885 “Hémi-pancréatectomie gauche”, 242896–242900 « Enucléation d'une tumeur du pancréas » et/ou 242911-242922 “Ablation d'un séquestre pancréatique”?

156892 - 156903

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 - 242060 de la nomenclature, en chirurgie ouverte

156914 - 156925

Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 242056 - 242060 de la nomenclature, par voie endoscopique

Réponse

Oui, les prestations 156892 – 156903 et 156914 – 156925 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 242874–242885 “Hémi-pancréatectomie gauche”, 242896–242900 “Enucléation d'une tumeur du pancréas” et/ou 242911-242922 “Ablation d'un séquestre pancréatique ».

Date d'introduction : 01-07-2019

Date de suppression : 31-12-2020

Règle interprétative 32

Version 2

Question

Quelles prestations attestées doivent être comptabilisées dans les quotas imposés sur ou dans une période de 12 mois ?

Réponse

Une période glissante de 12 mois est utilisée. Une période de 12 mois doit être décomptée à partir de la date de délivrance de la prestation. Le quota concerné s'applique alors à cette période de 12 mois.

Supposons que le patient ait été opéré le 1er mai 2020 et ait également reçu sa prothèse de la parole ce jour (prestation 153635-153646).

Les délivrances suivantes ont eu lieu:

- 1er mai 2020

- 1er juin 2020

- 1er septembre 2020

- 1er novembre 2020

- 31 décembre 2020

- 3 mai 2021 : Il s'agit de la cinquième délivrance de la période entre le 3 mai 2021 et le 4 mai 2020 (= date de délivrance – 12 mois) et elle peut faire l'objet d'une intervention.

- 20 mai 2021: Il s'agit de la sixième délivrance de la période entre le 20 mai 2021 et le 21 mai 2020 et elle ne peut faire l'objet d'une intervention sans dérogation approuvée.

Date d'introduction : 01-03-2019

Règle interprétative 33

Version 1

Question

Comment facturer un plot central (« glenoïd post » ou « peg ») utilisé lors du placement de la partie glénoïdienne d'une prothèse d'épaule ?

Réponse

La prestation 164651-164662 doit être attestée.

164651-164662

Vis utilisée lors du placement de la partie glénoïdienne d'une prothèse d'épaule – maximum quatre pièces, par pièce

Date d'introduction : 01-11-2019

Règle interprétative 34

Version 1

Question

Les prestations reprises sous le chapitre " H. Gynécologie " peuvent-elles être attestées chez chaque patient, quel que soit le sexe du patient ?

Réponse

Oui, le sexe n'est pas un facteur limitant pour la possibilité d'attester une prestation. Il doit cependant être satisfait au libellé de la prestation et aux conditions de remboursement éventuelles.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 35

Version 1

Question

La prestation 162816-162820 peut-elle également être attestée quand la colle chirurgicale a été utilisée lors d'une des prestations suivantes de la nomenclature : 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 et 242911-242922 ?

162816-162820

Colle chirurgicale pour usage interne utilisée spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par intervention)

Réponse

Oui, la prestation 162816-162820 peut être attestée quand la colle chirurgicale a été utilisée lors d'une des prestations suivantes de la nomenclature 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 et 242911-242922.

Date d'introduction : 01-07-2019

Règle interprétative 36

Version 1

Question

La prestation 162853-162864 peut-elle également être attestée quand l'agent hémostatique a été utilisée lors d'une des prestations suivantes de la nomenclature 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 et 242911-242922 ?

162853-162864

Agent hémostatique utilisé spécifiquement au contact d'un organe parenchymateux (par pièce)

Réponse

Oui, la prestation 162853-162864 peut également être attestée quand l'agent hémostatique a été utilisée lors d'une des prestations suivantes de la nomenclature 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 et 242911-242922.

Date d'introduction : 01-07-2019

Règle interprétative 37

Version 1

Question

Peut-on attester la prestation 152751-152762 pour une prothèse du crâne fabriquée grâce à un moule sur mesure ?

152751-152762

Prothèse d'os du crâne sur mesure pour le remplacement d'un volet crânien suite à un accident, une tumeur, une infection, ou tout autre cause responsable d'un manque osseux, ou pour la reconstruction du crâne dans le cadre de maladies congénitales entraînant des déformations ou des cranio-synostoses

Réponse

Non, la prothèse d'os du crâne fabriquée en per/péri-opératoire grâce à un moule sur mesure ne peut pas être attestée sous la prestation 152751-152762.

Le ciment et les éléments de fixation (vis, rivets, plaques) peuvent être attestés sous les prestations correspondantes reprises sous B.6 Cranioplastie.

Le moule ne peut pas être considéré comme un implant.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 38

Version 1

Question

Comment doit être interprété le nombre de bénéficiaires qui peuvent bénéficier d'un remboursement sous la prestation 172491-172502 pour un dispositif pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales en vue du traitement de la régurgitation de la valve mitrale durant la période d'évaluation de l'application clinique limitée pendant l'année 2021 ?

Réponse

Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 172491-172502 était limité à 92, 140, 155, 175 et 200, pour les années 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020 de l'application clinique limitée.

Durant la période d'évaluation de l'application clinique limitée, l'application clinique limitée reste applicable dans les mêmes conditions que pour l'année 2020. Le nombre de bénéficiaires qui peuvent entrer en ligne de compte en 2021 pour une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 172491-172502 reste donc limité à 200 sur une base annuelle.

Date d'introduction : 01-03-2016

Règle interprétative 39

Version 1

Question

Comment interpréter les termes «aigus» et «isolés» dans la condition de remboursement F-§11 de la prestation 159331-159342 ?

Réponse

Le terme choc cardiogénique "aigu" signifie que l'insuffisance cardiaque est nouvelle ou s'ajoute à une insuffisance cardiaque chronique où cette insuffisance cardiaque ne se manifeste que très récemment (en quelques heures) et rapidement.

Par choc cardiogénique "isolé", on entend un choc dû à un dysfonctionnement majeur du muscle cardiaque et / ou des valves cardiaques. La cause principale du choc est d'origine cardiaque (par exemple, mais sans s'y limiter, l'infarctus aigu du myocarde, la myocardite, la cardiomyopathie valvulaire ou le syndrome de Takotsubo). D'autres causes d'insuffisance cardiaque sont exclues (par exemple, mais sans s'y limiter, choc septique, hypovolémique, obstructif, distributif et anaphylactique).

Par choc et insuffisance cardiaque, on entend une instabilité hémodynamique nette qui persiste malgré l'utilisation d'une thérapie médicamenteuse maximale (par exemple inotropiques ou autres).

Le remboursement n'est accordé que si le dispositif de pompage a été placé après que le choc décrit ci-dessus s'est produit et n'est donc pas préventif pour le déroulement difficile attendu d'une opération cardiaque.

Date d'introduction : 01-07-2014

Règle interprétative 40

Version 1

Question

Quel matériel est inclus dans les prestations 180891-180902 et 180913-180924 et avec quelles autres prestations peuvent-elles être cumulées ?

Réponse

Les prestations 180891-180902 et 180913-180924 ne couvrent que l'ensemble des implants utilisés pour fixer les ligaments croisés. Les implants utilisés pour la fixation simultanée d'un autre ligament ou le traitement du ménisque ne sont pas couverts par ce forfait et peuvent être facturés individuellement.

Si les deux ligaments croisés sont traités en même temps, les deux prestations peuvent être facturées.

Ceci ne concerne que les implants d'ancrage et de fixation pour tissus mous pour les prestations 180891-180902 et 180913-180924 (L.9). Le matériel de consommation n'est pas inclus.

Date d'introduction : 01-08-2020

Règle interprétative 41

Version 1

Question

Les ligaments artificiels peuvent-ils être attestés avec les prestations 180891-180902 et 180913-180924 ?

Réponse

Non.

Date d'introduction : 01-08-2020

Règle interprétative 42

Version 1

Question

Lorsqu'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire est réalisée aussi bien avec des spires détachables que du matériel solidifiant non adhésif (la technique dite "pressure cooker"), quelles prestations peuvent être attestées pour les microcathéters ?

Réponse

Les prestations 174053-174064 et 174090-174101 sont prévues pour le premier microcathéter et, selon les conditions de remboursement, ne sont pas cumulables. Les prestations 174053-174064 et 174075-174086 sont plus généralement applicables lors de la réalisation d'une embolisation dans la région encéphalique ou médullaire. Les prestations 174090-174101 et 174112-174123 s'appliquent plus spécifiquement à l'embolisation avec du matériel solidifiant non adhésif, dans la région encéphalique ou médullaire.

Le terme "embolisation" dans la description des prestations désigne l'ensemble de la procédure. Puisque le matériel solidifiant est utilisé pendant la procédure, la prestation 174090-174101 peut être attestée pour le premier micro-cathéter. Elle peut être attestée même si ce premier microcathéter a été utilisé uniquement pour placer des spires ou autre matériel. La même chose s'applique pour les microcathéters suivants. Pour les microcathéters suivants utilisés pendant cette procédure, la prestation 174112-174123 doit alors être attestée.

Date d'introduction : 01-10-2019

Règle interprétative 43

Version 1

Question

Quel acte médical entend-on par une hysterosalpingo-foam-sonographie?

Réponse

Il s'agit de la prestation 432832-432843 – Injection d'un produit opacifiant échogène pour l' hystérosalpingo (foam)sonographie afin d'évaluer la cavité utérine et la perméabilité des trompes de Fallope – de l'article 14, g) – Chirurgie – Gynécologie-obstétrique de la nomenclature médicale.

La prestation 182114-182125 ne sera remboursée que si le code de nomenclature 432832-432843 est attesté.

Date d'introduction : 01-01-2023

Question

Un bénéficiaire a reçu un premier implant cochléaire en raison d'une perte auditive bilatérale sévère, d'une perte auditive bilatérale sévère avec ossification imminente ou d'une neuropathie auditive, à l'étranger (intervention non couverte par l'assurance obligatoire belge). Il vient en Belgique et est assuré. Ce bénéficiaire, qui a encore moins de 12 ans ou moins de 18 ans, peut-il bénéficier d'un implant cochléaire controlatéral (dans le cadre de la prestation 152972-152983, 152994-153005, 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 ou 180714-180725) ?

Réponse

Dans ce cas, la procédure décrite au point 4.2. de la condition de remboursement des implants cochléaires C-§01 doit être suivie même s'il ne s'agit pas d'une demande de remboursement pour le remplacement d'un implant ou du processeur de son. De ce fait, si le Collège des médecins-directeurs évalue sur base du dossier de la primo-implantation que le patient répondait aux critères de la Liste alors cela implique que même si, pour ce patient, la prestation 152935-152946, 152950-152961, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666 ou 180670-180681 n'a pas été attestée, un accord du Collège des médecins-directeurs peut être octroyé pour la prestation 152972-152983 ou 152994-153005 (le bénéficiaire a moins de 12 ans) ou la prestation 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 ou 180714-180725 (le bénéficiaire a moins de 18 ans). Les prestations pour l'implantation controlatérale ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs, avant l'implantation, sur base d'une demande introduite par un médecin ORL appartenant à l'équipe qui réalisera l'implantation et contenant les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement.

Date d'introduction : 01-08-2019**Date de suppression** : 30-09-2023
