Article 11
B.S. 25.5.2025
Règles interprétatives

Modifier

Insérer

~~Enlever~~

Article 11

Règle interprétative 01

QUESTION

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

REPONSE

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

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 354196 ; 354200 ;

Règle interprétative 02

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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 355353 ; 355364 ; 355375 ; 355386 ; 355390 ; 355401 ; 355434 ; 355445 ; 355456 ; 355460 ; 355552 ; 355563 ; 355596 ; 355600 ; 355611 ; 355622 ; 355633 ; 355644 ; 355670 ; 355681 ; 355714 ; 355725 ; 355751 ; 355762 ; 355773 ; 355784 ; 355913 ; 355924 ;

Règle interprétative 03

QUESTION

Comment y a-t-il lieu de tarifer 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 353231 ; 353242 ;

Règle interprétative 04

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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 353231 ; 353242 ;

Règle interprétative 05 (idem art 14a RI 6)

QUESTION

Comment tarifer 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 353231 ; 353242 ;

Règle interprétative 06

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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 353231 ; 353242 ;

Règle interprétative 07

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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 350055 ; 350066 ;

Règle interprétative 08

QUESTION

Prolifération 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 353231 ; 353242 ;

Règle interprétative 09

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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 353231 ; 353242 ;

Règle interprétative 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 353194 ; 353205 ;

Règle interprétative 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 432530 ; 432541 ;

Règle interprétative 12 (idem art 14k RI 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 353231 ; 353242 ;

Règle interprétative 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 355692 ; 355703 ;

Règle interprétative 14

ATTENTION
LA REGLE INTERPRETATIVE 14 est abrogée à partir du 01/07/2025 :
M.B. 26/05/2025

~~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.~~

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 355434 ; 355445 ;

Règle interprétative 15

QUESTION

Comment faut-il tarifer 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 355692 ; 355703 ;

Règle interprétative 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 355390 ; 355401 ;

Règle interprétative 17

QUESTION

Il arrive parfois que des nouveau-nés présentent des bosses séro-sanguines 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 355331 ; 355342 ; 355692 ; 355703 ;

Règle interprétative 19

ATTENTION
LA REGLE INTERPRETATIVE 14 est abrogée à partir du 01/07/2025 :
M.B. 26/05/2025

~~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 échographique ou fluoroscopique K 41.~~

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 355471 ; 355482 ;

Règle interprétative 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 21

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 21 est abrogée à partir du 01/04/2010 : M.B. 10-06-2013

~~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.~~

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 355375 ; 355386 ;

Règle interprétative 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 atestée 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 laparos-copique. En effet, ces prestations correspondent aux prestations réalisées par laparotomie énumérées dans le libellé de la prestation 355014 - 355025.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 355014 ; 355025 ; 432530 ; 432541 ; 432574 ; 432585 ; 432596 ; 432600 ; 432633 ; 432644 ; 432692 ; 432703 ;

Règle interprétative 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 foetus 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.

Date du moniteur : 13/03/2002
Date de prise d'effet : 13/03/2002

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 350313 ; 350324 ;

Règle interprétative 24

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 24 est abrogée à partir du 01/11/2010 :
M.B. 13-07-2011

~~QUESTION~~

~~Concernant la concertation oncologique multidisciplinaire, (prestations 350372-350383, 350394-350405, 350416-350420), la nomenclature des prestations de santé précise notamment que :~~
~~« Cette prestation précède obligatoirement chaque :~~
~~- traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptées par le centre oncologique et/ou~~
~~- répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations et/ou~~
~~- chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire.~~
~~Cette prestation est attestée par le médecin-coordinateur et est remboursable une seule fois par année calendrier, sauf en cas de dispositions légales contraires. »~~
~~Ces trois circonstances précitées dans lesquelles une concertation oncologique multidisciplinaire préalable est obligatoire, ressortent-elles également des « dispositions légales contraires » précitées ?~~

~~REPONSE~~

~~Les dispositions de la nomenclature qui citent les trois circonstances dans lesquelles une concertation oncologique multidisciplinaire préalable est obligatoire font elles-mêmes également partie des « dispositions légales contraires », qui autorisent le remboursement d'une nouvelle concertation au cours de la même année civile.~~
~~Dans ces trois cas une nouvelle concertation oncologique multidisciplinaire peut dès lors être attestée.~~

Date du moniteur : 14/11/2007
Date de prise d'effet : 14/11/2007

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 350372 ; 350383 ; 350394 ; 350405 ; 350416 ; 350420 ;

Règle interprétative 25

QUESTION

La nomenclature définit dans une règle d'application la consultation oncologique multidisciplinaire (prestation 350372 - 350383 et suivantes) : chaque concertation oncologique multidisciplinaire donne lieu à un rapport écrit, rédigé par le médecin-coordinateur. Le rapport mentionne les noms des médecins participants et le nom du médecin qui en a fait la demande.
L'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer, peut-il être considéré comme une forme minimale de rapport ?

REPONSE

La règle d'application stipule : Les honoraires pour les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 couvrent le rapport et l'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer.
La mention « le rapport et l'enregistrement uniforme » indique clairement qu'il s'agit de deux documents différents. Le formulaire d'enregistrement du cancer ne peut être accepté comme un rapport. Le contenu du rapport et les personnes qui doivent le recevoir sont clairement définis dans la nomenclature.

Date du moniteur : 26/04/2012
Date de prise d'effet : 26/04/2012

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 350372 ; 350383 ; 350276 ; 350280 ; 350291 ; 350302 ;

Règle interprétative 26

QUESTION

Combien de médecins peuvent attester une participation à la consultation multidisciplinaire ?

REPONSE

Au maximum six médecins peuvent attester une participation à une consultation multidisciplinaire, à savoir :
Le coordinateur qui atteste une prestation 350372-350383 ou 350276-350280 ou 350291-350302;
Au maximum quatre médecins qui attestent une prestation 350394-350405 : cette prestation peut être attestée aussi bien par les médecins de l'hôpital en question que par des conseillers externes (p.ex. l'oncologue ou le radiothérapeute d'un autre hôpital);
Au maximum un médecin qui atteste la prestation 350416-350420. Cette prestation comprend l'indemnité de déplacement et est destinée en particulier au médecin traitant ou spécialiste qui a renvoyé le patient et qui doit spécialement faire le déplacement pour ce patient.

Date du moniteur : 26/04/2012
Date de prise d'effet : 26/04/2012

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 350276 ; 350280 ; 350291 ; 350302 ; 350372 ; 350383 ; 350394 ; 350405 ; 350416 ; 350420 ;

Règle interprétative 27

QUESTION

Dans quelles circonstances une consultation oncologique multidisciplinaire de suivi peut-elle être attestée ?

REPONSE

La nomenclature prévoit ce qui suit :
La prestation 350276-350280 (COM de suivi) n'est attestable qu'en cas de :
a) suivi d'un traitement présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique
et/ou
b) répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations.
La première indication « présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique » doit être interprétée de manière restrictive et utilisée avec parcimonie. Un nombre élevé de COM de suivi est inversement proportionnel à la pertinence des résultats de la première COM.
L'adaptation du planning thérapeutique doit être d'une nature telle qu'il est préférable qu'elle ne soit pas décidée par un seul des médecins traitants mais qu'elle fasse l'objet d'une concertation multidisciplinaire entre au moins quatre médecins de spécialités différentes.
L'adaptation de la chimiothérapie, de la radiothérapie, du traitement adjuvant ou du régime palliatif relève de la responsabilité du médecin en question; le passage à la phase thérapeutique suivante doit d'abord avoir été clairement convenu lors de la première COM. Dans tous ces cas, une COM de suivi n'est pas justifiée.
Le passage d'un régime thérapeutique à un régime palliatif peut nécessiter une COM de suivi dans certains cas difficiles mais pas systématiquement.

Date du moniteur : 26/04/2012
Date de prise d'effet : 26/04/2012

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 350276 ; 350280 ;

Règle interprétative 28

QUESTION

Dans quelles circonstances la prestation 350291-350302, Concertation oncologique multidisciplinaire supplémentaire (COM supplémentaire) dans un hôpital autre que celui de la première COM, sur renvoi, attestée par le médecin-coordinateur K 80 peut elle être attestée ?

REPONSE

La nomenclature prévoit à ce sujet ce qui suit : la prestation 350291-350302 (COM supplémentaire) n'est attestable que si la première COM n'a pas donné lieu à un diagnostic définitif ou un plan de traitement concret, mais à un renvoi vers un autre hôpital disposant d'un programme de soins oncologique agréé. En cas de renvoi pour une concertation multidisciplinaire supplémentaire, le nom du deuxième hôpital est mentionné dans le rapport.
Cela signifie que le rapport de la COM 350372-350383, soit la première COM, ou de la COM de suivi 350276-350280 établi par l'hôpital qui renvoie montre clairement qu'il n'a pas pu prendre de décision et qu'il renvoie le patient vers un hôpital ayant plus d'expertise. En cas de transfert d'un patient vers un autre hôpital pour des raisons sociales, par exemple parce que ce dernier est plus proche du domicile du patient, l'hôpital qui accueille le patient ne peut pas attester une COM supplémentaire "seconde opinion".
Bien que le rapport mentionne le nom du deuxième hôpital, le patient reste libre de ne pas s'y conformer et d'entamer ou de poursuivre son traitement dans un hôpital autre que celui mentionné. La COM supplémentaire 350291-350302 peut être attestée pour autant que le rapport montre que la première COM n'a pas donné lieu à un "diagnostic définitif ou un plan de traitement concret".

Date du moniteur : 26/04/2012
Date de prise d'effet : 26/04/2012

Articles : 11 ;

Numéro de nomenclature : 350276 ; 350280 ; 350291 ; 350302 ; 350372 ; 350383 ;

Règle interprétative 29

QUESTION

Les prestations 353194-353205 °* Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par séance K5 et 353216-353220 °* Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par cure de 8 séances et davantage K40, sont-elles considérées comme des prestations chirurgicales pour lesquelles la règle des champs opératoires de l'article 15, §§ 3 et 4, s'applique ?

REPONSE

Non, les prestations 353194-353205 et 353216-353220 ne sont pas considérées comme des prestations chirurgicales. La règle des champs opératoires de l'article 15, §§ 3 et 4, ne s'applique pas dans les cas présents.

Date du moniteur : 22/04/2014
Date de prise d'effet : 22/04/2014

Articles : 11 ; 15-§ 3 ; 15-§ 4 ;

Numéro de nomenclature : 353194 ; 353205 ; 353216 ; 353220 ;