Article 14k
M.B. 22.2.2017
Règles interprétatives

Modifier

Insérer

~~Enlever~~

Article 14k

Règle interprétative 01

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 méniscectomie ne peut être tarifée en supplément.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 290113 ; 290124 ;

Règle interprétative 02

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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 03 (idem art 15 RI 13)

QUESTION

Méniscectomie et suture d'une déchirure du ligament croisé par une incision latérale transcondylaire.

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.

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

Articles : 14k ; 15-§ 3 ;

Numéro de nomenclature : 290076 ; 290080 ;

Règle interprétative 04 (idem art 15 RI 14)

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 où 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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 280055 ; 280066 ;

Règle interprétative 05

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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 290555 ; 290566 ;

Règle interprétative 06

QUESTION

Comment faut-il tarifer :
- 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 n^{os} 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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 280571 ; 280582 ; 287733 ; 287744 ; 287755 ; 287766 ;

Règle interprétative 07

QUESTION

Résection de la première côte et/ou d'une côte cervicale pour le traitement du syndrome du détroit thoracique, soit :
1. - par voie susclaviculaire;
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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 281131 ; 281142 ;

Règle interprétative 08

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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 280033 ; 280044 ;

Règle interprétative 09

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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 290916 ; 290920 ;

Règle interprétative 10 (idem art 11 RI 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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 353231 ; 353242 ;

Règle interprétative 11 (idem art 15 RI 9)

QUESTION

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

REPONSE

D'après le libellé même des prestations n^{os} 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.

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

Articles : 14k ; 15-§ 4 ;

Numéro de nomenclature : 287895 ; 287906 ; 287910 ; 287921 ; 287954 ; 287965 ; 287976 ; 287980 ; 287991 ; 288002 ; 288013 ; 288024 ;

Règle interprétative 12

QUESTION

Comment faut-il tarifer 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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 280033 ; 280044 ;

Règle interprétative 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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 287556 ; 287560 ;

Règle interprétative 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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 287350 ; 287361 ; 287372 ; 287383 ; 287394 ; 287405 ;

Règle interprétative 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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 286053 ; 286064 ;

Règle interprétative 16 (idem art 15 RI 3)

QUESTION

Après une intervention chirurgicale pour fracture bimalléolaire (n° 290651 - 290662 N 250), le chirurgien porte en compte les prestations n^{os} 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 bimalléolaire n'est tarifée que comme une seule intervention ?

REPONSE

L'enlèvement du matériel de synthèse placé lors de la réduction d'une fracture bimalléolaire 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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 280055 ; 280066 ; 290651 ; 290662 ;

Règle interprétative 17 (idem art 15 RI 12)

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.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 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'avant-bras à la main. Le lendemain, cette forme de réduction s'avère insuffisante et on effectue une réduction sous anesthésie générale et contrôle 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, 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.
4) une fracture non-réduite est traitée avec un plâtre et on atteste donc un traitement de fracture sans réduction.
Malgré cette immobilisation la fracture se déplace au cours des premières semaines suivant le traumatisme. Pour éviter une ostéosynthèse (surtout chez les enfants), on opte pour une réduction sous anesthésie générale. Peut-on dans ce cas, attester un traitement de fracture avec réduction ?

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 **sous le numéro** 297172 - 297183 ° Appareil plâtré : du coude N 65.
La réduction effectuée le lendemain sous anesthésie générale et contrôle T.V. est à attester **sous le numéro** 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 **sous le numéro** 297194 - 297205 ° Appareil plâtré : du bras N 65.
L'ostéosynthèse avec pose d'un appareil plâtré pratiquée~~s~~ dans le second temps, **doit** être attestée~~s~~ **sous le numéro** 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 **sous le numéro** 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 **sous le numéro** 297135 - 297146 ° Appareil plâtré : du poignet et/ou de la main N 40.
4) lors d'une réduction tardive d'une fracture, lorsqu'on opte pour une réduction fermée sous anesthésie plutôt que pour une ostéosynthèse, un traitement de fracture avec réduction peut être attesté malgré la règle d'application : lors des traitements d'une même fracture, les libellés "Traitements de fractures sans réduction" et "Traitements de fractures avec réduction" ne peuvent pas être attestés successivement.

Date du moniteur : 13/03/2002 + 22/02/2017
Date de prise d'effet : 01/01/2014

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 283894 ; 283905 ; 296376 ; 296380 ; 296391 ; 296402 ; 297135 ; 297146 ; 297172 ; 297183 ; 297194 ; 297205 ;

Règle interprétative 19

QUESTION

Comment faut-il tarifer 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°s288853 - 288864, 288875 - 288886, 289273 - 289284 à 289391 - 289402 inclus, 290474 - 290485, 290496 - 290500, 290533 - 290544, 290555 - 290566 et 290570 - 290581, N 90.

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

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature : 145250 ; 145261 ; 280114 ; 280125 ; 288853 ; 288864 ; 288875 ; 288886 ; 289273 ; 289284 ; 289295 ; 289306 ; 289310 ; 289321 ; 289332 ; 289343 ; 289354 ; 289365 ; 289376 ; 289380 ; 289391 ; 289402 ; 290474 ; 290485 ; 290496 ; 290500 ; 290533 ; 290544 ; 290555 ; 290566 ; 290570 ; 290581 ; 294792 ; 294803 ;

Règle interprétative 20

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester une infiltration du canal carpien ?

REPONSE

L'infiltration du canal carpien n'est pas prévue à la nomenclature des prestations de santé et elle ne peut pas être attestée. Elle ne fait pas l'objet d'une intervention de l'assurance.

Date du moniteur : 24/06/2003
Date de prise d'effet : 24/06/2003

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 21

QUESTION

Comment faut-il attester la mise en place de plâtres aux deux membres inférieurs lors d'une même consultation (par exemple 299176 - 299180 °Botte plâtrée ou appareil de Delbet N 65) ?

REPONSE

La prestation 299176 - 299180 °Botte plâtrée ou appareil de Delbet N 65 est classée sous la rubrique "I. Prestations chirurgicales" de l'article 14 k) de la nomenclature des prestations de santé. Par conséquent, la règle des champs opératoires reprise à l'article 15, § 4, de la nomenclature doit être appliquée.
Dès lors, dans l'exemple soumis, il y a lieu d'attester 299176 - 299180 ° N 65 plus 299176 - 299180 ° $\frac{N65}{2}$.

Date du moniteur : 24/06/2003
Date de prise d'effet : 24/06/2003

Articles : 14k ; 15-§ 4 ;

Numéro de nomenclature : 299176 ; 299180 ;

Règle interprétative 22

QUESTION

Le renouvellement de plâtre dans le cadre du traitement du pied-bot par la méthode de Ponseti est-il concerné par la disposition générale stipulant que le renouvellement d'un plâtre au cours du traitement d'une fracture ou luxation ne peut être porté en compte au maximum que deux fois dans le délai de 6 semaines à partir de la date du traitement initial, selon les libellés prévus sous le titre ″Appareils plâtrés″ ?

REPONSE

Cette disposition générale ne concerne que les fractures et luxations d'origine traumatologique. La limitation à maximum deux ne concerne donc pas le renouvellement de plâtre dans le cadre du traitement du pied-bot par la méthode de Ponseti.

Date du moniteur : 13/07/2016
Date de prise d'effet : 01/01/2014

Articles : 14k ;

Numéro de nomenclature :