Article 22
M.B. 1.3.2012
Règles interprétatives

Modifier

Insérer

~~Enlever~~

Article 22

Règle interprétative 01 (idem art 10 RI 2 + art 20g RI 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.

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

Articles : 22 ;

Numéro de nomenclature : 291012 ; 291023 ;

Règle interprétative 02 (idem art 2 RI 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 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.

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

Articles : 22 ; 23-§ 3 ;

Numéro de nomenclature : 109012 ; 558773 ; 558784 ; 558810 ; 558821 ; 558832 ; 558843 ;

Règle interprétative 03

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.

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

Articles : 22 ;

Numéro de nomenclature : 477050 ; 477061 ; 558670 ; 558681 ;

Règle interprétative 04 (idem art 10 RI 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 - 588644 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.

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

Articles : 1-§ 4bis ; 10-§ 4 ; 22 ;

Numéro de nomenclature : 558633 ; 558644 ; 558795 ; 558806 ; 558810 ; 558821 ; 558832 ; 558843 ;

Règle interprétative 05

QUESTION

Quelles exigences doivent être remplies pour répondre à la prestation 558935 - 558946 Evaluation cinésiologique par enregistrement conjoint des variables cinématique, dynamique et E.M.G. d'un membre inférieur lors de la marche, par membre K 140 ?

REPONSE

Il s'agit d'une évaluation tridimensionnelle de la fonction locomotrice, consistant en un enregistrement cinématique et cinétique associé à un EMG dynamique lors de la marche, qui doit permettre de décrire le mouvement (la marche) d'une personne avec une infirmité motrice cérébrale et de découvrir la cause de ce mouvement "pathologique" (cinétique et électromyographie).
Une telle analyse tridimensionnelle comprend :
1. Un enregistrement vidéo standardisé : enregistrement par vidéocaméra en trois plans de mouvement (plans anatomiques);
2. Un système cinématique objectif : un enregistrement objectif tridimensionnel par un système vidéo 3D automatisé (minimum 5 caméras) ou un système équivalent qui permet d'obtenir un enregistrement 3D objectif avec la même précision ;
3. Un système cinétique : minimum une plate-forme de force ;
4. Un système EMG (surface) : qui permet d'effectuer un enregistrement simultané de minimum 6 muscles par hémicorps pendant la marche.
Le système doit également permettre de reproduire les résultats mesurés intégrés d'une manière synoptique, de sorte qu'ils puissent, avec les résultats de l'examen clinique, être traduits en des avis appropriés pour un traitement adapté et adéquat, rédigé dans un rapport au médecin prescripteur.
Il y a lieu de noter, en outre, que pour cette prestation, est valable la règle d'application qui stipule que cette prestation ne peut être remboursée que si elle a été prescrite par un médecin spécialiste en chirurgie ou en pédiatrie en vue d'une intervention chirurgicale orthopédique correctrice chez un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale.

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

Articles : 22 ;

Numéro de nomenclature : 558935 ; 558946 ;

Règle interprétative 06 (idem art 23 RI 6)

ATTENTION
LA REGLE INTERPRETATIVE 6 est abrogée à partir du 01/01/2012 :
M.B. 01/03/2012

~~QUESTION~~

~~Lors d'un même traitement de rééducation pluridisciplinaire, les prestations 558810 - 558821 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 60 minutes par séance..... K 30 et 558832 - 558843 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 120 minutes par séance.... K 60 peuvent-elles être combinées pour une même affection de la liste limitative reprise à l'article 23, § 11, de la nomenclature ?~~
~~Par exemple : dans la phase post-opératoire immédiate après le placement d'une prothèse totale de hanche, il est souvent impossible de procéder à une rééducation fonctionnelle intensive de deux heures et il est proposé d'attester le code 558810 - 558821 K 30 les premiers jours.~~

~~REPONSE~~

~~Si le médecin estime que le patient atteint d'une affection répertoriée comme un K 60 sur la liste limitative et notifiée comme telle au médecin-conseil à un moment donné ou même pour la série complète ne nécessite pas ou n'est pas en état de subir un traitement d'au moins 120 minutes, la prestation 558810 - 558821 K 30 peut être attestée pour autant que cette thérapie pluridisciplinaire ait une durée d'au moins 60 minutes et qu'il soit satisfait aux autres conditions concernant les disciplines impliquées et les techniques appliquées. Le total de ces traitements K 30 et K 60 combinés ne peut pas dépasser le nombre maximum de séances prévu pour l'affection dans la liste limitative.~~

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ; 23 ; 23-§ 11 ;

Numéro de nomenclature : 558810 ; 558821 ; 558832 ; 558843 ;

Règle interprétative 07 (idem art 23 RI 7)

QUESTION

Qu'est-ce qu'une lésion nerveuse périphérique telle que visée sous le code 201 A de la liste limitative reprise à l'article 23, § 11, de la nomenclature ? Un EMG doit-il être effectué avec une preuve positive de la pathologie ou la symptomatologie clinique suffit-elle ?

REPONSE

La nomenclature ne contient pas une liste des lésions possibles. Il doit toutefois s'agir d'une lésion grave qui ne peut pas être rééduquée de manière suffisante par un traitement monodisciplinaire 558795 - 558806 Rééducation qui, outre la gymnastique médicale..... K 20. Le dossier médical doit contenir toutes les preuves nécessaires (examen d'admission, discussion d'équipe avec tous les collaborateurs de la rééducation fonctionnelle, pièces justificatives du diagnostic, etc.). Les seules données de l'examen clinique ne suffisent donc pas.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ; 23 ; 23-§ 11 ;

Numéro de nomenclature : 558795 ; 558806 ;

Règle interprétative 08 (idem art 23 RI 8)

QUESTION

La prestation 558994 Rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale.... K 60 peut-elle être cumulée avec une consultation suite à un contrôle après respectivement 12, 24, 36 séances ?

REPONSE

Conformément aux dispositions de l'article 23, § 2, 1er alinéa, de la nomenclature, le cumul des honoraires pour consultation avec les honoraires pour la prestation 558994 Rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale.... K 60 n'est autorisé qu'à l'occasion de la consultation qui a donné lieu à la prescription du traitement et à l'occasion de la consultation d'évaluation finale.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ; 23 ; 23-§ 2 ;

Numéro de nomenclature : 558994 ;

Règle interprétative 09 (idem art 23 RI 9)

QUESTION

La prestation 558994 Rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale....K 60 peut-elle être attestée pour un patient dont les antécédents présentent une intervention au niveau de la colonne vertébrale (par exemple, 2 ans auparavant). Dans ce cas, suffit-il que le patient souffre de cervicalgies ou de dorsolombalgies mécaniques aspécifiques depuis plus de 6 semaines ?

REPONSE

L'article 23, § 8, 2e alinéa, de la nomenclature précise que :
« La série de prestations 558994 - ne peut être attestée qu'une seule fois par assuré. Il peut être attesté au maximum 36 de ces prestations, pendant une période de six mois. Elles ne peuvent être portées en compte que pour les indications suivantes:
1° cervicalgies ou dorsolombalgies mécaniques aspécifiques apparues depuis
plus de 6 semaines;
2° moins de 3 mois après une chirurgie vertébrale correctrice; »
Ces deux critères doivent être lus séparément.
Si le patient présente des cervicalgies ou des dorsolombalgies mécaniques aspécifiques depuis plus de 6 semaines, il peut bénéficier du remboursement de la prestation 558994 K 60.
La prestation ne peut être attestée pour le traitement de patients qui, antérieurement
(plus de 3 mois) ont été opérés pour une pathologie du dos et se trouvent actuellement dans une situation post-opératoire stabilisée.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ; 23 ; 23-§ 8 ;

Numéro de nomenclature : 558994 ;

Règle interprétative 10 (idem art 23 RI 10)

QUESTION

Lors de l'attestation de la prestation 558795 - 558806 Rééducation qui, outre la gymnastique médicale comporte au moins une des techniques visées ci-dessous par séance (thérapie psychomotrice, ...) les 18 premières séances K 20, y a-t-il lieu de tenir compte du nombre de prestations 558795 - 558806 K 15 effectuées avant le 1er août 2004 ?

REPONSE

A partir du 1er août 2004, on peut attester au maximum 18 fois la prestation 558795 – 558806 K 20 et ensuite, selon que le patient est ambulant ou hospitalisé, soit 30 fois la prestation 558390 K 15, soit la prestation 558423 K 15 sans limitation.
Le 1er août 2004, le compteur est dès lors remis à zéro.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ;

Numéro de nomenclature : 558390 ; 558423 ; 558795 ; 558806 ;

Règle interprétative 11 (idem art 23 RI 11)

QUESTION

La prestation 558795 - 558806 Rééducation qui, outre la gymnastique médicale comporte au moins une des techniques ..... les 18 premières séances K 20 peut-elle être attestée après l'expiration du nombre maximum de séances 558810 - 558821 K 30 ou 558832 - 558843 K 60 mentionné sur la liste limitative de l'article 23, § 11, de la nomenclature ?

REPONSE

Une série de prestations 558810 - 558821 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 60 minutes par séance... K 30 ou 558832 - 558843 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 120 minutes par séance... K 60 ne peut pas être suivie des prestations 558795 - 558806 Rééducation qui, outre la gymnastique médicale ... les 18 premières séances K 20, 558390 Rééducation .... de la 19e à la 48e séance incluse K 15 ou 558423 Rééducation ... à partir de la 19e séance K 15, étant donné que pour l'optimalisation et la conservation du résultat après une série de traitements 558810 - 558821, 558832 - 558843 ou 558994, la nomenclature prévoit la prestation spécifique 558434 - 558445 Rééducation associée à de l'ergothérapie après la fin d'un traitement de rééducation pluridisciplinaire (558810 - 558821, 558832 - 558843,...) K 15.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ; 23 ; 23-§ 11 ;

Numéro de nomenclature : 558390 ; 558423 ; 558434 ; 558445 ; 558795 ; 558806 ; 558810 ; 558821 ; 558832 ; 558843 ; 558994 ;

Règle interprétative 12 (idem art 23 RI 12)

QUESTION

Que faut-il entendre par les termes « même situation pathologique » mentionnés à l'article 23, § 5, 3e alinéa, ou au § 6, 4e et 5e alinéas, de la nomenclature :
-« Les honoraires pour les prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843 ne peuvent pas, pour la même situation pathologique, être portés en compte avec ou après des prestations portées en compte dans le cadre des conventions .... ».
- « Le nombre maximum de séances de rééducation effectuées sous les prestations 558795 - 558806 et 558390 concerne un nombre maximum de séances par année civile et pour la même situation pathologique. ».
- « La prestation 558434 - 558445 peut être portée en compte au maximum 104 fois par assuré après la série de traitements de rééducation 558810 - 558821, 558832 - 558843 ou 558994 - pour la même situation pathologique. » ?
Comment faut-il comprendre cette notion de « même situation pathologique » dans les exemples suivants :
- polyarthrite;
- sclérose en plaques;
- existence concomitante de deux pathologies chroniques;
- algoneurodystrophie survenant dans le décours d'une affection traumatique.

REPONSE

En cas de polyarthrite, l'apparition alternée de douleurs dans plusieurs articulations (d'abord à gauche, puis à droite...) ne signifie pas chaque fois l'apparition d'une autre situation pathologique. Dans ce cas, le maximum absolu par année civile pour les prestations 558795 - 558806 et 558390 est applicable, à moins qu'un dossier documenté (intervalle sans plaintes, valeurs de laboratoire normalisées, etc...) puisse démontrer le contraire.
En ce qui concerne la sclérose en plaques, il n'est question d'une autre situation pathologique que lors d'une nouvelle perte d'autonomie importante et démontrable.
Dans le cas de la coexistence de deux pathologies chroniques, la situation pathologique du patient doit être considérée à un moment donné comme un ensemble.
L'apparition secondaire d'une algoneurodystrophie documentée doit être considérée comme une situation pathologique différente de l'affection traumatique initiale.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ; 23 ; 23-§ 5 ; 23-§ 6 ;

Numéro de nomenclature : 558390 ; 558434 ; 558445 ; 558795 ; 558806 ; 558810 ; 558821 ; 558832 ; 558843 ; 558994 ;

Règle interprétative 13 (idem art 23 RI 13)

QUESTION

Que faut-il comprendre par le rôle de coordination du médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, mentionné à l'article 23, § 6, 1er alinéa, de la nomenclature des prestations de santé ?

REPONSE

La fonction de coordination du médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation n'exige pas la présence physique du médecin coordinateur pendant les traitements. La nomenclature ne précisant pas ce que cette coordination comporte, il faut la comprendre comme ce qui est communément compris par ce concept.
Il s'agit dès lors pour le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation de prendre en charge l'organisation et la coordination des différentes initiatives de réadaptation fonctionnelle au sein de l'hôpital afin d'optimaliser l'investissement de l'infrastructure et du personnel et de garantir la continuité des soins.
Pour cette raison, la rééducation fonctionnelle multidisciplinaire dispensée en hôpital par un médecin-réadaptateur qui n'est pas agréé en médecine physique et réadaptation s'effectue en concertation avec le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation- coordinateur qui cosignera le formulaire standard de notification transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ; 23 ; 23-§ 6 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 14 (idem art 23 RI 14)

QUESTION

Qui peut attester la prestation 558950 - 558961 Examen d'admission au traitement avec établissement du dossier de traitement et d'un plan de traitement détaillé... K 20 ?

REPONSE

La prestation 558950 - 558961 Examen d'admission au traitement avec établissement du dossier de traitement et d'un plan de traitement détaillé... K 20 est réservée au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation et non au médecin spécialiste en réadaptation neurologique, respiratoire ou locomotrice même si ce médecin effectue le traitement de rééducation pour des affections qui appartiennent à son agrément de réadaptation.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ;

Numéro de nomenclature : 558950 ; 558961 ;

Règle interprétative 15 (idem art 23 RI 15)

QUESTION

Le libellé des prestations 558810 - 558821 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 60 minutes par séance... K 30 et 558832 - 558843 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 120 minutes par séance... K 60 mentionne: « ....au moins deux disciplines, parmi lesquelles l'ergothérapie ou la kinésithérapie... ». Quelles sont les autres disciplines ?

REPONSE

Les disciplines visées aux articles 22 et 23 de la nomenclature sont celles du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute, du logopède, du psychologue clinique, du diététicien et du prothésiste-orthopédiste.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ; 23 ;

Numéro de nomenclature : 558810 ; 558821 ; 558832 ; 558843 ;

Règle interprétative 16 (idem art 23 RI 16)

QUESTION

Si chez un patient, différentes affections de la liste limitative surviennent en même temps ou successivement, des notifications séparées peuvent-elles être établies pour chaque rubrique et le nombre de séances fixé pour les différentes rubriques peut-il alors être cumulé ?

REPONSE

La situation pathologique du patient à un moment donné doit être considérée comme un ensemble. Dans ce cas, une seule notification est envoyée et les différentes pathologies de la liste qui sont présentes doivent être mentionnées. Le nombre de prestations autorisé est celui de la pathologie qui bénéficie du quota le plus élevé. Il est dès lors exclu d'établir deux notifications qui cumulent le nombre de séances.
Si au cours du traitement survient une nouvelle pathologie de la liste, pathologie qui n'existait dès lors pas auparavant, une nouvelle notification peut être envoyée, pour autant que ce soit opportun. Elle met fin à la première série, qui ne peut donc pas être épuisée. Pour cette nouvelle pathologie, le nombre maximum de séances prévu dans la liste limitative peut être attesté.

Date du moniteur : 17/01/2005
Date de prise d'effet : 17/01/2005

Articles : 22 ;

Numéro de nomenclature :

Règle interprétative 17

QUESTION

Par qui les prestations 558795-558806 (K 20), 558390 (K15) et 558423 (K 15) peuvent - elles être portées en compte ?

REPONSE

Outre le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, ces prestations peuvent être portées en compte dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités uniquement par le médecin spécialiste en rhumatologie et par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, pour leurs propres patients qu'ils ont en traitement personnellement.

Date du moniteur : 08/02/2006
Date de prise d'effet : 08/02/2006

Articles : 22 ;

Numéro de nomenclature : 558795 ; 558806 ; 558390 ; 558423 ;