

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)

**"CHAPITRE VIII. PRESTATIONS INTERVENTIONNELLES PERCUTANÉES SOUS CONTRÔLE D'IMAGERIE MÉDICALE."**

**Art. 34. § 1<sup>er</sup>.** Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification du médecin visé au § 2:

**a) Traitements percutanés transluminaux vasculaires:"**

"A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001)

" 589013 589024 Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère coronaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion du cathéter de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour l'ensemble des artères coronaires | 1350 "

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001) + "A.R. 18.10.2012" (en vigueur 1.1.2013)

" 589035 589046 Honoraires supplémentaires lors de la prestation 589013-589024 pour le traitement de minimum deux vaisseaux coronaires à l'occasion d'une seule et même procédure, à savoir : l'artère coronaire droite (segments d'artère coronaire n<sup>os</sup> 1 à 4 inclus) et/ou le tronc principal (segment d'artère coronaire n<sup>o</sup> 5) et/ou l'artère coronaire gauche (segments d'artère coronaire n<sup>os</sup> 6 à 10 inclus) et/ou l'artère circonflexe (segments d'artère coronaire n<sup>os</sup> 11 à 15 inclus) et/ou greffe de la veine saphène ou greffe artérielle (mammaire). | 675 "

"A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)

"Les prestations 589013-589024 et 589035-589046 sont cumulables au cours d'une même séance avec la prestation 453574-453585 ou avec la prestation 453596-453600 ou avec la prestation 464170-464181 ou avec la prestation 464192-464203."

"A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

"Les prestations cumulables avec la coronarographie sont cumulables avec les prestations 589013 - 589024 et 589035 - 589046 pour autant qu'une coronarographie soit attestée."

Si une coronarographie a été portée en compte endéans les 15 jours qui précèdent les prestations 589013 - 589024 et 589035 - 589046, la coronarographie effectuée au cours de la même séance que les prestations 589013 - 589024 et 589035 - 589046 ne peut être portée en compte."

"	589735 589746	<p>"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)</p> <p>Supplément d'honoraires pour l'exécution d'une mesure d'une Fraction Flow Reserve au cours de la prestation 589013-589024</p>	I 27
		<p>La prestation 589735-589746 ne fait pas partie des contrôles normaux visés sous la prestation 589013-589024 et ne peut être remboursée que si elle est effectuée en vue d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs stents chez un patient atteint de "multivessel disease".</p>	
"	589050 589061	<p>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</p> <p>Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les artères autres que les artères coronaires</p>	I 800
	589072 589083	<p>Honoraires supplémentaires lors de la prestation n° 589050 - 589061, pour la dilatation d'une ou plusieurs sténose(s) complémentaire(s) d'un autre axe artériel, pour les artères autres que les coronaires, maximum par séance opératoire</p>	I 400
	589094 589105	<p>Dilatation endovasculaire percutanée sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les artères autres que les coronaires au cours d'une intervention chirurgicale, maximum par séance opératoire</p>	I 450 "
		<p>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 25.7.1994" (en vigueur 1.11.1994)</p> <p>"La prestation n° 589094 - 589105 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 459071 - 459082 et 459115 - 459126, 469070 - 469081 et 469114 - 469125 lors de la même séance opératoire."</p>	
"	589116 589120	<p>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</p> <p>Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse d'un ou de plusieurs organes et de lésions pathologiques par des moyens physiques et chimiques, dans la région encéphalique ou médullaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation</p>	I 1000 "
		<p>"A.R. 12.6.2008" (en vigueur 1.8.2008)</p> <p>"La prestation 589116 - 589120 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie."</p>	

"	589131	589142	<p><i>"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</i></p> <p>Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région faciale, thoracique, abdominale ou pelvienne, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation</p>	600 "
			<p><i>"A.R. 12.6.2008" (en vigueur 1.8.2008)</i></p> <p>"La prestation 589131 - 589142 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie."</p>	
"	589411	589422	<p><i>"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010)</i></p> <p>Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région des membres, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du cathéter d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste et du matériel d'embolisation</p>	600 "
			<p>La prestation 589411-589422 ne peut pas être portée en compte pour le traitement des varices veineuses des membres inférieurs."</p>	
"	589470	589481	<p><i>"A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]</i></p> <p>Test d'occlusion percutanée avec protocole neurologique, sous contrôle d'imagerie médicale, de la vascularisation artérielle ou veineuse d'un ou de plusieurs organes et de lésions pathologiques, par des moyens physiques ou chimiques, dans la région encéphalique, y compris les manipulations et contrôles pendant le test et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé(s), des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation</p>	1000 "
			<p>La prestation 589470 - 589481 ne peut être portée en compte que si le protocole neurologique fait apparaître l'impossibilité de réaliser une embolisation thérapeutique."</p>	
"	589352	589363	<p><i>"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</i></p> <p>Réalisation d'un shunt porto-systémique par voie transjugulaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement, à l'exclusion du matériel de dilatation et du ou des stent(s)</p>	850 "
"	589153	589164	<p><i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)</i></p> <p>Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant la dissolution d'un ou de plusieurs caillots, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux coronaires</p>	450 "

"	589175	589186	<p><i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</i></p> <p>Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant à la recanalisation d'une occlusion vasculaire documentée, par fibrinolyse, par recanalisation mécanique, par utilisation d'énergie (thermique, laser, radiofréquence) et par aspiration, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion des cathéters d'angioplastie, des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux autres que les vaisseaux coronaires</p>	400 "
"	589433	589444	<p><i>"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</i></p> <p>Extraction percutanée d'une électrode chez un patient ayant un stimulateur cardiaque implanté ou un défibrillateur cardiaque implanté ou extraction percutanée d'un corps étranger libre intracardiaque, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste et du matériel disponible</p>	300 "
"	589190	589201	<p><i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</i></p> <p>Plastie endovasculaire percutanée de la valve aortique, d'une malformation congénitale de l'aorte, de la valve pulmonaire, de la valve mitrale, de la valve tricuspide ou fulguration d'une valve, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste, maximum par séance opératoire</p>	2250 "
"	589455	589466	<p><i>"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.1.2000)</i></p> <p>Fermeture du defect du septum auriculaire, du defect du septum ventriculaire, du canal artériel persistant ou fenestration du septum auriculaire ou fermeture d'une fistule coronaire ou fenestration ou septation dans le septum auriculaire ou le septum interventriculaire ou dilatation de vaisseaux intra-thoraciques (sténose pulmonaire périphérique, voies veineuses péricardiques, coarctation de l'aorte), y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, du matériel d'occlusion, des implants et des produits pharmaceutiques et de contraste, maximum par séance opératoire</p>	2250

La prestation 589190 - 589201 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par séance opératoire.

Les prestations 589190 - 589201 et 589455 - 589466, réalisées lors d'une même séance opératoire ne sont cumulables qu'une seule fois et la prestation supplémentaire est honorée à 50 % de sa valeur.

Si lors d'une même séance opératoire, la prestation 589190 - 589201 n'est pas portée en compte, la prestation 589455 - 589466 peut être portée en compte au maximum 2 fois et la prestation supplémentaire est honorée à 50 % de sa valeur."

"	589212	589223	<p><i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</i></p> <p>Mise en place endovasculaire percutanée d'un filtre dans la veine cave, y compris la cavographie de contrôle</p>	I 300
			<p>Les prestations n°s 589013 - 589024 et 589035 - 589046 ne sont pas cumulables avec la prestation n° 589153 - 589164.</p> <p>Les prestations n°s 589050 - 589061, 589094 - 589105, 589116 - 589120, 589131 - 589142, 589175 - 589186 et 589411 - 589422 ne sont pas cumulables entre elles."</p>	
	589256	589260	<p><i>Supprimée par les A.R. du 29.4.1999 et du 6.11.1999 (en vigueur 1.1.2000)</i></p>	
	589271	589282	<p><i>Supprimée par les A.R. du 29.4.1999 et du 6.11.1999 (en vigueur 1.1.2000)</i></p>	
"	589374	589385	<p><i>"A.R. 7.6.1995" (en vigueur 1.10.1995) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</i></p> <p>Plastie endovasculaire percutanée de la veine pour sténose veineuse à la suite d'un traitement chronique par hémodialyse ou pour compression de la veine cave supérieure ou inférieure de la veine sous-clavière ou de la veine iliaque par processus expansif, y compris les manipulations et les contrôles au cours du traitement et/ou le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, des produits pharmaceutiques et de contraste et du ou des stent(s) éventuel(s)</p>	I 600 "
	589595	589606	<p><i>"A.R. 18.3.2009" (en vigueur 1.9.2009)</i></p> <p>"Prestations pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte et/ou iliaque :</p> <p>Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme aortique abdominal infrarénal abdominal, ou pour le traitement d'un anévrisme de l'artère iliaque de plus de 3 cm, sans collet iliaque proximal, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste</p>	I 2250
	589610	589621	<p>Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme iliaque isolé, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste</p>	I 1200
			<p>Les prestations 589595 – 589606 et 589610 – 589621 ne peuvent pas être cumulées.</p>	
	589632	589643	<p>Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme thoracique de l'aorte descendante, d'un anévrisme de l'aorte ascendante, d'un anévrisme de l'arc aortique ou de dissections aiguës de l'aorte, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste</p>	I 2250

589654 589665 Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un endoleak, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste | 1200

Un endoleak de type III à hauteur de l'aorte abdominale infrarénale est considéré comme un nouvel anévrisme.

Les prestations 589595 – 589606, 589610 – 589621, 589632 – 589643, 589654 - 589665 doivent répondre aux conditions suivantes pour pouvoir bénéficier d'une intervention :

#### 1. Conditions concernant le centre implanteur

Les prestations 589595 – 589606, 589610 – 589621, 589632 – 589643, 589654 – 589665 ne sont remboursées que si elles sont dispensées dans un centre doté d'une formation solide et d'une expérience soutenue en matière de procédures endovasculaires et de traitement chirurgical d'un anévrisme aortique infrarénal, d'un anévrisme iliaque et, le cas échéant, d'un anévrisme thoracique, et qui se profile comme tel à l'égard des médecins de renvoi et des patients.

L'intervention pour les prestations 589632 – 589643 est en outre limitée aux centres qui disposent de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme partiel B3 du programme de soins « pathologie cardiaque ».

Les centres doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire composée au minimum de 2 chirurgiens plein-temps (8/10) ayant une formation et expérience particulières en chirurgie vasculaire, ci-après dénommés « chirurgien vasculaire » et 1 radiologue plein-temps (8/10) ayant une formation et expérience particulières en radiologie interventionnelle, ci-après dénommé « radiologue interventionnel ».

Bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs centres, ils ne peuvent signer la demande de remboursement que dans un centre chacun. Pour ce faire, le Comité de l'assurance soins de santé dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste, mise à jour annuellement, avec la composition de l'équipe par centre et l'enverra pour information au Conseil technique des implants et au Conseil technique médical.

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement des prestations 589595 – 589606, 589610 – 589621, 589632 – 589643, 589654 – 589665, le centre doit, dans le courant de l'année x, avant le 1<sup>er</sup> novembre, communiquer au Service des Soins de Santé la composition de l'équipe.

Si le centre satisfait à ces critères, il peut bénéficier d'un remboursement de ces prestations pendant un an, à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année x+1 jusqu'au 31 décembre de l'année x+1 y compris.

Les modifications apportées à la composition de l'équipe dans le courant de l'année x+1 sont spontanément communiquées par le centre au fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé.

Un centre ne satisfait plus aux critères requis si, au sein de l'équipe multidisciplinaire, il n'y a plus 2 chirurgiens vasculaires et/ou de radiologue interventionnel. Dès l'instant où ceci est constaté, le centre perd pendant 3 mois le droit d'attester les prestations précitées.

Durant cette période, le centre peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne sont plus remboursées jusqu'au moment où le centre satisfait de nouveau à ces critères et en a informé le Service des Soins de Santé.

Le suivi étant inclus dans une prestation effectuée selon les règles de l'art, sa réalisation est une condition dans le cadre de l'expérience soutenue d'un centre. Le centre transmettra annuellement, avant le 1<sup>er</sup> novembre, et ce selon les modalités fixées par le Service des Soins de Santé, le Conseil technique des implants et le Conseil technique médical, les données d'implantation et de suivi au Collège des médecins-directeurs, sous la forme d'un rapport récapitulatif.

Lorsque l'intervention est effectuée par un radiologue interventionnel, un chirurgien vasculaire doit être immédiatement disponible pour intervenir en cas de complication.

## 2. Conditions concernant les modalités de remboursement

### A. Indications

L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après accord du Collège des médecins-directeurs à la suite d'une des indications suivantes :

#### 1) Anévrisme aortique abdominal infrarénal

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes;
- anévrisme fusiforme de l'aorte d'un diamètre de 4,5 à 5,5 cm chez les patients symptomatiques souffrant de douleurs dorsales et abdominales avec anévrisme palpatoire et douloureux ou dans le cas d'une anamnèse familiale d'anévrisme (parents du premier degré);
- anévrisme de l'artère iliaque supérieure à 3 cm, sans collet proximal;
- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant) nonobstant le diamètre;
- rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

b) L'anévrisme remplit les critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;
- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;
- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible.

- c) Sont exclus les anévrismes :
- dont le collet proximal présente une angulation supérieure à 70° et/ou des calcifications circulaires importantes;
  - qui présentent des tortuosités et calcifications iliaques entraînant l'impossibilité de placement du dispositif d'introduction.

## 2) Anévrisme iliaque

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme iliaque d'un diamètre supérieur à 3 cm avec une zone d'amarrage proximale et distale, rendant possible l'utilisation de stents couverts droits;
- rupture d'anévrisme iliaque, nonobstant le diamètre.

## 3) Anévrisme thoracique

### 3.1. Anévrisme de l'aorte descendante

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm
- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;
- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

b) L'anévrisme répond aux critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1,5 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;
- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 2 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;
- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible, sans tortuosités et/ou calcifications iliaques graves.

### 3.2. Anévrismes de l'aorte ascendante

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;
- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;
- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

### 3.3. Anévrisme de l'arc aortique

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;
- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;
- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

## 4) Endoleak de type I ou endotension (avec croissance de l'anévrisme) après réparation endovasculaire d'un :

- anévrisme aortique abdominal;
- anévrisme iliaque;
- anévrisme thoracique.

Le diamètre est mesuré en travers de l'axe longitudinal de l'anévrisme à l'aide d'un CT scan ou d'une résonance magnétique.



### B. Procédure de demande

La demande de remboursement, conforme à un formulaire déterminé, doit être communiquée au Collège des médecins-directeurs par les médecins spécialistes dans les 30 jours qui suivent l'implantation et pour notification au médecin-conseil de l'organisme assureur. Les modalités à respecter dans le cadre de cette procédure sont fixées par le Service des soins de santé, le Conseil technique des implants et le Conseil technique médical. Ce formulaire est établi par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis du Conseil technique des implants et du Conseil technique médical.

La demande de remboursement doit être signée par deux chirurgiens vasculaires et un radiologue interventionnel liés au centre.

La demande de remboursement est évaluée par le Collège des médecins-directeurs.

L'angiogramme et le CT scan du patient peuvent en tout temps être réclamés par le Collège des médecins-directeurs.

En cas de doute, la demande de remboursement est soumise à la « Commission Peer review endoprothèses » instituée auprès du Collège des médecins-directeurs. Cette Commission est composée d'1 radiologue de l'Union nationale des Radiologues (UNR), d'1 radiologue de la Société royale belge de radiologie (SRBR) et de 4 chirurgiens vasculaires de la Société belge de chirurgie vasculaire (SBCV). Les membres du Collège des médecins-directeurs, le Conseil technique des implants et le Conseil technique médical peuvent assister à la réunion de cette Commission. Cette Commission est convoquée par le Service en réunion ou par téléconférence.

La « Commission Peer review endoprothèses » a toujours la possibilité d'inviter l'implanteur pour qu'il vienne personnellement présenter ses dossiers.

La demande de remboursement, accompagnée de l'avis motivé de la « Commission Peer review endoprothèses », sera alors à nouveau soumise au Collège des médecins directeurs qui prendra l'ultime décision de remboursement ou de refus.

Dans les 30 jours qui suivent la réception de la demande de remboursement, les informations suivantes sont transmises simultanément à l'organisme assureur, à l'équipe qui a introduit la demande et au pharmacien hospitalier :

- la décision du Collège des médecins directeurs si le dossier ne doit pas être soumis à la « Commission Peer review endoprothèses »;
- le renvoi du dossier à la « Commission Peer review endoprothèses ».

Après l'implantation, il convient d'évaluer la situation du patient à sa sortie de l'hôpital et après 3, 12, 24 et 36 mois. Les documents de suivi sont conservés dans le dossier du patient et un rapport récapitulatif des implantations accompagné des documents de suivi est transmis par le centre une fois par an au Collège des médecins-directeurs, comme précisé sous « 1<sup>er</sup>. Conditions concernant le centre planteur. ».

Les documents de suivi sont établis par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis du Conseil technique des implants et du Conseil technique médical.

La « Commission Peer review endoprothèses » fera chaque année un rapport des données collectées."

589396	589400	<i>Supprimée par l'A.R. du 29.4.1999 (en vigueur 1.7.1999)</i>	
		"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 18.3.2009" (en vigueur 1.9.2009)	
		"Les prestations visées en ce point a) ne sont pas cumulables avec les angiographies de diagnostic ou les examens sans produit de contraste, au cours de la même vacation à l'exclusion des angiocardiographies effectuées."	
		"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)	
		<b>"b) Autres traitements percutanés.</b>	
589234	589245	Introduction percutanée de cathéters, en vue d'évacuation et drainage d'une collection située dans une région ou dans un organe profond du thorax, de l'abdomen ou du pelvis sous contrôles d'imagerie médicale y compris les manipulations et contrôle pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste, des sondes de drainage à double voie	I 329 "
		"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 14.7.2010" (en vigueur 1.10.2010)	
		"La prestation n° 589234 - 589245 peut être cumulée avec la prestation n° 458813 - 458824, 459550 - 459561, 459572 - 459583, 459594 - 459605, 459616 - 459620, 459631 - 459642"	
589315	589326	<i>Supprimée par A.R. 17.8.2007 (en vigueur 1.11.2007)</i>	
		"A.R. 17.8.2007" (en vigueur 1.11.2007)	
"	589492	589503 Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'une tachycardie auriculo-ventriculaire par réentrée nodale, d'une tachycardie auriculo-ventriculaire par réentrée par faisceau accessoire de Kent ou d'une tachycardie auriculaire ectopique droite, par ablation spécifique du circuit ou du foyer d'arythmie	I 1764
	589514	589525 Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'un flutter auriculaire droit par ablation spécifique du circuit d'arythmie	I 1930
	589536	589540 Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'arythmies ventriculaires par ablation spécifique du circuit ou du foyer d'arythmie	I 2116

	589551	589562	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'un flutter auriculaire gauche (par ablation spécifique du circuit ou du foyer d'arythmie) ou d'une fibrillation auriculaire (par isolation ou ablation circonférentielle des veines pulmonaires)	I	3164	"
			<i>"A.R. 22.10.2010" (en vigueur 1.1.2011)</i> "La prestation 589551-589562 ne peut être portée en compte que dans une institution de soins qui dispose également du programme partiel B3 du programme de soins « pathologie cardiaque » B."			
"	589573	589584	Examen électrophysiologique et ablation percutanée du faisceau de His	I	1103	
			Les prestations 476276-476280, 476291-476302, 589492-589503, 589514-589525, 589536-589540, 589551-589562 et 589573-589584 ne sont pas cumulables entre elles."			
"	589676	589680	Cyphoplastie percutanée par ballonnet pour le traitement de fractures par enfoncement d'un corps vertébral (par corps vertébral)	I	400	
			<i>"A.R. 12.6.2008" (en vigueur 1.8.2008)</i> La prestation 589676 - 589680 ne peut être attestée que dans le cas d'une des indications suivantes :			
			A. Fractures tassement ostéoporotiques « single level » ou « multi-level », et inférieures à T5, sans compression neurologique et sans signe de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :			
			a) douleurs persistantes de plus de 8 semaines liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant 8 semaines au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur; l'intervention doit cependant avoir lieu durant une période de 4 mois après que la première constatation objective de la fracture tassement a été établie à moins qu'une progression de la fracture n'ait été démontrée;			
			b) la perte de hauteur se situe entre 20 % et 60 %;			
			c) le mur dorsal est maintenu;			
			d) présence d'un oedème osseux;			
			e) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3;			
			f) chez un homme :			
			- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie;			

- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -1 au niveau de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

g) chez une femme avec une ostéoporose induite par des glucocorticoïdes, qui est traitée de longue durée (plus de 3 mois) avec une dose orale journalière minimale de 7,5 mg de prednisone ou équivalent, administrée dans le cadre d'une indication scientifique reconnue :

- soit la patiente doit être ménopausée sans substitution hormonale;

- soit la patiente doit présenter un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -1.5 mesuré au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

h) chez une femme ménopausée : soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, <-2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

B. Fractures tassement causée par un myélome multiple de Kahler, sans compression neurologique et sans signes de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :

a) douleurs persistantes de plus de 6 semaines liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant 6 semaines au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur;

b) le mur dorsal est maintenu;

c) présence d'un oedème osseux;

d) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3;

Dans les deux cas, A + B, le diagnostic est posé sur la base des examens suivants :

- et RX face et profil

- et IRM ou en cas de contre-indication, un CT-scan

- et une scintigraphie osseuse sans SPECT

Et en cas de fractures tassement ostéoporotiques, un DEXA-scan.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications susmentionnées, doivent être conservés dans un dossier et doivent être envoyés au médecin-conseil si celui-ci/celle-ci les demande.

La prestation 589676 - 589680 est attestée à 100 % pour chaque vertèbre traitée, sous réserve qu'elle ne peut être attestée pour plus de deux vertèbres en même temps à l'assurance maladie-invalidité.

Par période de deux années civiles au maximum deux prestations 589676 - 589680 exécutées en un seul temps opératoire peuvent être attestées à l'assurance obligatoire soins de santé.

Une exception à cette règle d'application est constituée par les prestations complémentaires 589676 - 589680, exécutées au cours d'une séance opératoire seconde ou ultérieure, pour autant qu'avant leur exécution, elles aient fait l'objet d'un accord du Collège des médecins-directeurs.

La prestation 589676 - 589680 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie."

*"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)*

**§ 2.** Les prestations reprises au présent article sont accessibles aux médecins spécialistes en radiodiagnostic et aux autres médecins spécialistes pour autant que la pathologie traitée soit du domaine de leur spécialité.

Les prestations prévues au présent article ne peuvent être attestées que dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire qui prend la responsabilité pour la continuité du traitement pendant la mise au point, l'intervention et son suivi.

Les prestations reprises au présent article doivent donner lieu à un protocole décrivant la procédure utilisée, le déroulement de l'acte, ses aléas éventuels, ainsi que le résultat obtenu."

*"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995)*

"Les prestations prévues au présent article, d'une valeur relative égale ou supérieure à I 200, effectuées dans les conditions prévues dans le présent article et portées en compte par un médecin spécialiste accrédité donnent lieu à un supplément d'honoraires de Q 70.

Ce supplément d'honoraires est prévu sous le n° 589912 - 589923.

Ce supplément d'honoraires n'est accordé au maximum qu'une fois par séance de traitement."