

La même réponse vaut aussi pour un médecin spécialiste en radiodiagnostic qui effectue une échographie de grossesse dans les conditions prévues à l'article 17^{bis}, de la nomenclature.

La règle interprétative précitée entre en vigueur le 1^{er} avril 2003.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. De Ridder

Le Président,
G. Perl

Hetzelfde geldt voor een geneesheer-specialist voor röntgendiagnose die een zwangerschapsechografie uitvoert onder de voorwaarden die zijn vastgesteld in artikel 17^{bis}, van de nomenclatuur.

De hiervoren vermelde interpretatieregel treedt in werking op 1 april 2003.

De Leidend ambtenaar,
H. De Ridder

De Voorzitter,
G. Perl

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

[C - 2007/23421]

Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Sur proposition du Conseil technique médical du 30 mai 2006 et en application de l'article 22, 4^o^{bis}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 10 septembre 2007 la règle interprétative suivante :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 13 - Réanimation - de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

L'article 13, § 2, 7^o, de la nomenclature des prestations de santé précise que :

« Le nombre de jours indiqués dans le libellé des prestations 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, constitue le nombre maximum de jours pouvant être portés en compte pour une même période d'hospitalisation.

Les prestations 212015 - 212026 ou 212030 - 212041 ne peuvent être portées en compte si pendant une même période d'hospitalisation sont portées en compte trois ou plus de trois prestations 211013 - 211024, ».

Comment faut-il comprendre cette notion de « même période d'hospitalisation » ?

REPONSE

Les dispositions de l'article 25, § 2, b), 5^o, de la nomenclature des prestations de santé, qui définissent la notion de « période d'hospitalisation » concernent uniquement la prestation 599082 et ne sont dès lors pas d'application pour les prestations de l'article 13 - Réanimation - ni pour d'autres prestations reprises ailleurs dans la nomenclature, pour lesquelles vaut toujours la période d'hospitalisation complète, de l'admission jusqu'à la sortie.

La règle interprétative précitée entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. De Ridder

Le Président,
G. Perl

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

[C - 2007/23421]

Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Op voorstel van de Technische geneeskundige raad van 30 mei 2006 en in uitvoering van artikel 22, 4^o^{bis}, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 10 september 2007 de hiernagende interpretatieregel vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 13 - Reanimatie - van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Artikel 13, § 2, 7^o, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalt dat :

« Het aantal dagen dat is opgegeven in de omschrijving van de verstrekkingen 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, is het maximum aantal dagen dat voor een zelfde opnemings-tijdvak mag worden aangerekend.

De verstrekkingen 212015 - 212026 of 212030 - 212041 mogen niet worden aangerekend indien tijdens een zelfde opnemings-tijdvak drie of meer dan drie verstrekkingen 211013 - 211024, worden aangerekend. » .

Hoe moet deze notie van « zelfde opnemings-tijdvak » begrepen worden ?

ANTWOORD

De bepalingen van artikel 25, § 2, b), 5^o, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, die de notie van « tijdvak van opnem-ing » definiëren gelden enkel en alleen voor de verstrekking 599082 en zijn dus niet van toepassing voor de verstrekkingen van artikel 13 - Reanimatie - noch voor andere verstrekkingen elders in de nomenclatuur, waarvoor steeds de volledige hospitalisatieperiode, vanaf de opname tot ontslag, geldt.

De hiervoren vermelde interpretatieregel treedt in werking de dag van zijn publicatie in het *Belgisch Staatsblad*.

De Leidend ambtenaar,
H. De Ridder

De Voorzitter,
G. Perl

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

[C - 2007/23424]

Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Sur proposition du Conseil technique médical du 13 février 2007 et en application de l'article 22, 4^o^{bis}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 10 septembre 2007 la règle interprétative suivante :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, d) - Chirurgie abdominale - de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 20

QUESTION

La correction d'un diastasis des muscles grands droits de l'abdomen peut-elle être attestée sous le numéro 241275-241286 Résection avec plastie cutanée et transposition du nombril N 300 ?

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

[C - 2007/23424]

Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Op voorstel van de Technische geneeskundige raad van 13 februari 2007 en in uitvoering van artikel 22, 4^o^{bis}, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 10 september 2007 de hiernagende interpretatieregel vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, d) - Heelkunde op het abdomen - van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 20

VRAAG

Mag de correctie van de diastase van de rectusspieren van het abdomen onder het nummer 241275-241286 Resectie met huidplastiek en transpositie van de navel N 300 aangerekend worden ?

REPOSNE

La prestation 241275-241286 Résection avec plastie cutanée et transposition du nombril N 300 se trouve sous l'intitulé : « Exérèse de tablier graisseux étendu, avec gêne fonctionnelle ».

Cette prestation peut dès lors être attestée uniquement pour cette indication.

La correction d'un diastasis des muscles grands droits de l'abdomen n'est pas prévue dans la nomenclature. Aucun numéro de prestation ne peut être attesté pour cette correction.

La règle interprétative précitée entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. De Ridder

Le Président,
G. Perl

ANTWOORD

De verstrekking 241275-241286 Resectie met huidplastiek en transpositie van de navel N 300 staat onder de inleidende titel : « Exeresis van uitgebreide vetschort met functionele hinder ».

Die verstrekking kan dus uitsluitend voor die indicatie aangerekend worden.

Correctie van de diastase van de rectusspieren van het abdomen is niet voorzien in de nomenclatuur. Geen enkel verstrekkingnummer mag voor deze correctie aangerekend worden.

De hiervoren vermelde interpretatieregels treden in werking op de dag van zijn publicatie in het *Belgisch Staatsblad*.

De Leidend ambtenaar,
H. De Ridder

De Voorzitter,
G. Perl

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

[C - 2007/23423]

Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Sur proposition du Conseil technique médical du 24 avril 2007 et en application de l'article 22, 4^{°bis}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 10 septembre 2007 la règle interprétative suivante :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 11 - Prestations spéciales générales - de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 24

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'écarter 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-coordonateur et est remboursable une seule fois par année calendaire, 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 ?

REPOSNE

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.

La règle interprétative précitée entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. De Ridder

Le Président,
G. Perl

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

[C - 2007/23423]

Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Op voorstel van de Technische geneeskundige raad van 24 april 2007 en in uitvoering van artikel 22, 4^{°bis}, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 10 september 2007 de hiernagende interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 11 - Algemene speciale verstrekkingen - van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 24

VRAAG

Betreffend het multidisciplinaire oncologische consult (verstrekkingen 350372-350383, 350394-350405, 350416-350420), verduidelijkt de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen met name :

« Deze verstrekking gaat verplicht vooraf :

— aan elke oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen en/of

— aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks en/of

— aan elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekeringstegemoetkoming door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult.

Deze verstrekking wordt geënteest door de geneesheer-coördinator en wordt slechts éénmaal per kalenderjaar vergoed, behalve indien door de wetgeving anders bepaald. »

Maken deze drie voornoemde omstandigheden waarbij een voorafgaandelijk multidisciplinair oncologisch consult verplicht is zelf ook deel uit van het voornoemde « indien door de wetgeving anders bepaald » ?

ANTWOORD

De bepalingen van de nomenclatuur die de drie omstandigheden noemen waarin een voorafgaandelijk multidisciplinair oncologisch consult verplicht is maken zelf ook deel uit van de bepaling « indien door de wetgeving anders bepaald », die de vergoeding van een nieuw consult in het zelfde kalenderjaar toestaat.

In deze drie gevallen mag derhalve een nieuw multidisciplinair oncologisch consult aangerekend worden.

De hiervoren vermelde interpretatieregels treden in werking op de dag van zijn publicatie in het *Belgisch Staatsblad*.

De Leidend ambtenaar,
H. De Ridder

De Voorzitter,
G. Perl