

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Voor een vroeggeboren ter verpleging opgenomen kind rekent een geneesheer het honorarium aan voor «maagcatheterisatie» telkens als hij het kind bij middel van een sonde voedt.

Mag dat honorarium worden vergoed ?

ANTWOORD

Het voeden van een vroeggeboren ter verpleging opgenomen kind maakt deel uit van de kinderverzorging. Daarom is dat honorarium begrepen in de verpleegdagprijs en mag het door de verzekering niet worden vergoed.

De voornoemde interpretatieregels treden in werking de dag waarop ze in het *Belgisch Staatsblad* worden bekendgemaakt en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 20, § 1, d), (kindergeneeskunde) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 508(04) van de interpretatieregels van de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, e) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Mag de verstrekking 476254 – 476265 Monitoring Holter : continue electrocardiografische analyse gedurende ten minste 24 uur, door middel van een draagbaar toestel, inclusief de raadpleging bij het plaatsen en het wegnemen van het toestel met protocol en mogelijkheid tot reproduceren van een deel van de traces K 50 tijdens eenzelfde hospitalisatie meer dan eenmaal aangerekend worden ?

ANTWOORD

Verstrekking 476265 Monitoring Holter : continue electrocardiografische analyse gedurende ten minste 24 uur ... K 50 mag slechts éénmaal worden aangerekend indien eenzelfde monitoring meer dan 24 uur duurt.

Indien na het stoppen van de telemetrie het medisch gerechtvaardigd is om de monitoring te herbeginnen, tijdens eenzelfde hospitalisatieperiode, en indien de monitoring minstens 24 uur duurt om medische redenen, mag de verstrekking 476265 K 50 opnieuw worden aangerekend.

De hiervoren vermelde interpretatieregels treden in werking de dag van hun publicatie in het *Belgisch Staatsblad*, met uitzondering van de interpretatieregels 1 betreffende artikel 18, § 2, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, die in voege treedt op 7 mei 1999.

De Leidend ambtenaar,
Fr. PRAET.

De Voorzitter,
D. SAUER.

[C – 2002/22146]

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Op voorstel van de Technische geneeskundige raad van 17 april 2001 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 3 december 2001 de hiernagende interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 1 (Algemene bepalingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Een heelkundige verricht bij een verzekerde een louter esthetische ingreep.

In artikel 1, § 7, van de nomenclatuur is bepaald :

« De ingrepen met een louter esthetisch doel worden niet gehonoreerd, behoudens in de gevallen welke zijn aanvaard in de revalidatie- en herscholingsprogramma's, bedoeld in artikel 19 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, ten einde de rechthebbende de mogelijkheid te bieden een betrekking te krijgen of te behouden. »

Wat is de juiste draagwijdte van die bepalingen ?

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Un médecin porte en compte pour un enfant prématuré hospitalisé, les honoraires pour tubage gastrique chaque fois qu'il nourrit l'enfant à l'aide d'une sonde.

Peut-on rembourser ces honoraires ?

REPONSE

L'alimentation d'un enfant prématuré hospitalisé fait partie des soins de nursing. Pour ce motif, ils sont compris dans la journée d'entretien et ne peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance.

Les règles interprétatives précitées entrent en vigueur le jour de leur publication au *Moniteur Belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1^{er}, d) (pédiatrie), notamment les règles publiées sous la rubrique 508(04) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20, § 1^{er}, e) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La prestation 476254 – 476265 Monitoring de Holter : analyse electrocardiographique continue pendant 24 heures, au moins, au moyen d'un appareil portable, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire une partie des traces K 50 peut-elle être attestée plusieurs fois au cours d'une même hospitalisation ?

REPONSE

La prestation 476265 Monitoring de Holter : analyse électrocardiographique continue pendant 24 heures au moins ... K 50 ne peut être attestée qu'une seule fois si un même monitoring dure plus de 24 heures.

Si après l'arrêt de la télémétrie, il est médicalement justifié de recommencer le monitoring pendant la même période d'hospitalisation et si ce monitoring dure au moins 24 heures pour des raisons médicales, la prestation 476265 K 50 peut à nouveau être attestée.

Les règles interprétatives précitées entrent en vigueur le jour de leur publication au *Moniteur belge*, à l'exception de la règle interprétative n° 1 concernant l'article 18, § 2, de la nomenclature des prestations de santé, qui entre en vigueur le 7 mai 1999.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Fr. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

[C – 2002/22146]

Institut national d'assurance maladie-invalidité

Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Sur proposition du Conseil technique médical du 17 avril 2001 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 3 décembre 2001 les règles interprétatives suivantes :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 1 (Généralités) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Un chirurgien pratique chez un assuré une intervention purement esthétique.

Les dispositions de l'article 1^{er}, § 7, de la nomenclature stipulent ce qui suit :

« Les interventions pratiquées dans un but purement esthétique ne sont pas honorées, sauf dans les cas admis dans les programmes de rééducation fonctionnelle et professionnelle visés à l'article 19 de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, en vue de permettre au bénéficiaire d'obtenir ou de conserver un emploi. »

Quelle est la portée exacte de ces dispositions ?

ANTWOORD

Zodra het gaat om één of meer louter esthetische verstrekkingen, moet de verzekeringsvergoeding worden geweigerd, ongeacht of het gaat om verstrekkingen inzake heelkunde, anesthesie, assistentie, enz. In artikel 1, § 7, van de nomenclatuur wordt immers gesproken van "ingrepen" in het algemeen. Voorts is het juist dat die bepalingen niet zinspelen op de opnemings in een ziekenhuis. De daarmee gemoeide kosten dienen te worden beschouwd als bijkomende kosten die evenmin mogen worden vergoed, krachtens de regel volgens welke de bijzaak de hoofdzaak volgt.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Een geneesheer is tegelijkertijd erkend als specialist voor inwendige geneeskunde en voor klinische biologie.

Hoe moeten in dat geval de bepalingen worden toegepast van de artikelen 1, § 6, en 24, § 5, van de nomenclatuur, waarbij de cumulatie van het honorarium voor raadpleging van de specialist voor klinische biologie en het honorarium voor verstrekkingen inzake klinische biologie wordt verboden?

ANTWOORD

Wegens de dubbele erkenning als geneesheer-specialist moet de verzekering alle verstrekkingen vergoeden die tot elk van die specialismen behoren.

Inzonderheid dient er te worden op gewezen dat de raadpleging van de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde (102034) mag worden gecumuleerd met technische handelingen inzake klinische biologie voor zover die raadpleging beantwoordt aan de maatstaf die is vastgesteld in de nomenclatuur.

Indien een raadpleging wordt aangerekend, mogen de verstrekkingen inzake klinische biologie worden geattesteerd.

Voorts mag die geneesheer, wanneer hij als bioloog handelt (door andere geneesheren aangevraagde analyses), geen raadpleging attesteren. Alleen de analyses inzake klinische biologie mogen worden geattesteerd.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 1 (Algemene bepalingen) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 100 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 2 (Raadplegingen, bezoeken, adviezen psychotherapieën en andere verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

Onder bezoek bij de rechthebbende thuis moet worden verstaan, de verstrekking die de rechthebbende aanvraagt daar waar hij gewoonlijk tijdelijk of toevallig woont — behalve wanneer die rechthebbende verblijft in een geneeskundig centrum waarheen hij is gegaan om er verzorging te ontvangen : moet met name als een bezoek bij de rechthebbende thuis worden beschouwd, de verstrekking die wordt verleend, door een geneesheer die wordt geroepen naar een bejaardentehuis, een kinderbewaarplaats of elke andere inrichting waarin de rechthebbende verblijft met een ander doel dan een observatie of medische behandeling, of ook nog op de openbare weg bij een ongeval.

Onder raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer daarentegen dient te worden verstaan, de verstrekking waarvoor de rechthebbende die ze aanvraagt, zich verplaatst om ze te ontvangen : moet met name als een raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer worden beschouwd de verstrekking die wordt verleend door een in een dienst van een kliniek of polikliniek geraadpleegd geneesheer.

De raadplegingen in de ondernemingen die al dan niet over een geneeskundige dienst beschikken, voor de werknemers die er tewerkgesteld zijn, moeten derhalve als bezoeken thuis worden aangezien.

Er wordt dan ook geen verzekeringsvergoeding verleend voor de bezoeken door een geneesheer-specialist.

Als het gaat om spreekkamers die in een onderneming werken en ook voor andere personen dan de werknemers van die onderneming toegankelijk zijn, dient de verzorging welke eventueel is verstrekt aan personen die vreemd zijn aan de onderneming, te worden aangezien als verstrekkingen die zijn verleend in de spreekkamer van de geneesheer.

REPONSE

A partir du moment où il s'agit d'une ou de plusieurs prestations purement esthétiques, le remboursement de l'assurance doit être refusé, qu'il s'agisse de prestations de chirurgie, d'anesthésie, d'assistance, etc... Les dispositions de l'article 1^{er}, § 7, de la nomenclature font en effet mention des "interventions" en général. Par ailleurs, il est exact que ces dispositions ne font pas allusion à l'hospitalisation. Pour les frais afférents à celle-ci, il y a lieu de les considérer comme frais accessoires qui ne sont pas remboursables non plus, en vertu de la règle qui veut que l'accessoire suive le principal.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Un médecin est reconnu à la fois comme spécialiste en médecine interne et en biologie clinique.

Comment faut-il appliquer dans ce cas les dispositions des articles 1^{er}, § 6 et 24, § 5, de la nomenclature qui interdisent le cumul des honoraires pour la consultation du biologiste avec les honoraires pour prestation de biologie clinique ?

REPONSE

Etant donné la double reconnaissance comme médecin spécialiste, l'assurance doit rembourser toutes les prestations relevant de chacune de ces spécialités.

Il convient de souligner tout particulièrement que la consultation du médecin interniste (102034) peut être cumulée avec des actes techniques de biologie clinique pour autant que cette consultation réponde au critère fixé par la nomenclature.

Si une consultation est portée en compte, les prestations de biologie clinique peuvent être attestées.

D'autre part, lorsque ce médecin agit en tant que biologiste (analyses demandées par d'autres médecins), il ne peut pas attester une consultation. Seules les analyses de biologie clinique peuvent être attestées.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 1^{er} (Généralités), notamment les règles publiées sous la rubrique 100 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 2 (Consultations, visites, avis, psychothérapies et autres prestations) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

Par visite au domicile du bénéficiaire, il faut entendre la prestation que le bénéficiaire réclame à l'endroit où il réside habituellement, temporairement ou accidentellement — hormis le cas où ce bénéficiaire séjourne dans un centre médical dans lequel il s'est rendu pour y recevoir des soins : doit notamment être considérée comme visite au domicile du bénéficiaire la prestation faite par un médecin appelé dans un home pour vieillards, une garderie d'enfants ou tout établissement dans lequel le bénéficiaire séjourne dans un but autre que celui de subir une observation ou un traitement médical, ou encore sur la voie publique en cas d'accident.

Au contraire, il convient d'entendre par consultation au cabinet du médecin la prestation pour laquelle le bénéficiaire demandeur de soins se déplace pour la recevoir : doit notamment être considérée comme consultation au cabinet du médecin la prestation faite par un médecin consulté dans un service de clinique ou polyclinique.

Dès lors, les consultations données dans les entreprises, disposant ou non d'un service médical, aux travailleurs qui y sont occupés doivent être considérées comme des visites à domicile.

Dans ces conditions, les visites effectuées par un médecin spécialiste ne donnent lieu à aucun remboursement de l'assurance.

S'il s'agit de cabinets médicaux fonctionnant au sein d'une entreprise et ouverts à d'autres personnes que les travailleurs de ladite entreprise, il faut considérer les soins éventuellement donnés à des personnes étrangères à l'entreprise comme des prestations effectuées au cabinet du médecin.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Welke tarifiering moet worden toegepast voor een bezoek dat 's nachts wordt aangevraagd en afgelegd door een erkende huisarts en een geneesheer-specialist ?

ANTWOORD

A. Indien beide geneesheren door de zieke zijn geroepen en de bezoeken zijn aangevraagd en afgelegd tussen 21 en 8 uur :

— 104230 voor de erkende huisarts en 104834 voor de geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde;

— geen vergoeding voor een ander geneesheer-specialist.

B. Indien de geneesheer-specialist door de erkende huisarts ter consult is bijgeroepen en de bezoeken zijn aangevraagd en afgelegd tussen 21 en 8 uur :

— 104230 voor de erkende huisarts;

— 103014 N 20 voor de geneesheer-specialist.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Een zieke raadpleegt regelmatig een geneesheer-specialist voor oftalmologie. Hij krijgt hemiplegie en kan zich diens gevolge niet meer naar de spreekkamer van die geneesheer begeven. Aangezien de verzorging moet worden voortgezet, begeeft de specialist zich bij de zieke thuis.

Welke honorarium mag in dat geval worden vergoed ?

ANTWOORD

Er mag geen vergoeding, in welke vorm ook, worden verleend, aangezien de bezoeken bij de zieke thuis door een ander geneesheer-specialist dan de kinderarts, niet in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn opgenomen.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Een polikliniek die niet over een laboratorium beschikt en haar analyses toevertrouwt aan een door een apotheker-bioloog geleid laboratorium, stelt een geneesheer-specialist voor gynecologie en verloskunde, voor een raadpleging voor bloedafnamen te openen. Mag hij iedere patiënt de prijs van een raadpleging van de specialist aanrekenen ? Zo niet, wat moet hij dan doen ?

ANTWOORD

De bloedafname wordt niet als dusdanig vergoed : het desbetreffende honorarium is begrepen in het honorarium voor de analyse.

Voorts dient erop te worden gewezen dat een gynecoloog sommige verwante verstrekkingen mag verrichten voor zijn eigen zieken die hij in behandeling heeft, maar dat zulks is uitgesloten voor zieken in behandeling bij andere geneesheren of voor laboratoria.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Sommige geneesheren specialisten attesteren nu eens "raadpleging van specialist 102012 N 8" en dan weer "raadpleging 101010 N 6" naargelang ze de verstrekking die ze verrichten, beschouwen als behorende tot de specialistische geneeskunde of tot de algemene geneeskunde.

Is deze wijze van attesteren correct ?

ANTWOORD

Neen, het is de bekwaming van de geneesheer die bepaalt welk codenummer moet worden geattesteerd voor een raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer, en niet het karakter van die raadpleging.

Derhalve moet het nummer 102012 en niet het nummer 101010 worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Een behandelend geneesheer stuurt met de post inlichtingen of documenten aan de adviserend geneesheer die ze heeft gevraagd.

Mag verstrekking nr. 109012 Advies N 2 worden vergoed ?

ANTWOORD

De nomenclatuur omvat een rubriek "Advies", om de artsen voor het opmaken van diverse bescheiden te honoreren. Voorts definieert de nomenclatuur wat onder "raadpleging", "bezoek" en "advies" moet worden verstaan; daarbij is toegelicht dat een honorarium voor advies nooit mag worden samengevoegd met een honorarium voor raadpleging of bezoek. Er moet evenwel worden vastgesteld dat de nomenclatuur wat die verstrekkingen betreft, betrekkingen beoogt tussen de geneesheer en de verzekerde.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Quelle tarification faut-il appliquer pour une visite demandée et effectuée la nuit par un médecin généraliste agréé et un médecin spécialiste ?

REPONSE

A. Si les deux médecins ont été appelés par le malade et que les visites sont demandées et effectuées entre 21 heures et 8 heures :

— 104230 pour le médecin généraliste agréé et 104834 pour le médecin spécialiste en pédiatrie;

— aucun remboursement pour un autre médecin spécialiste.

B. Si le médecin spécialiste est appelé en consultation par le médecin généraliste agréé et que les visites sont demandées et effectuées entre 21 et 8 heures :

— 104230 pour le médecin généraliste agréé;

— 103014 pour le médecin spécialiste.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Un malade consulte régulièrement un médecin spécialiste en ophtalmologie. Il fait une hémiplegie qui l'empêche de se rendre encore au cabinet de ce médecin. Les soins devant être continués, le spécialiste se rend au domicile du malade.

Quels sont les honoraires qui peuvent être remboursés dans ce cas ?

REPONSE

Aucun remboursement sous quelque forme que ce soit ne peut être accordé, les visites à domicile du médecin spécialiste autre que le pédiatre n'étant pas prévues à la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Une polyclinique ne possédant pas de laboratoire, confiant ses analyses à un laboratoire dirigé par un pharmacien biologiste, propose à un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique d'ouvrir une consultation pour prélèvements de sang. Est-il en droit de réclamer à chaque patient le prix d'une consultation de spécialiste ? Sinon que doit-il faire ?

REPONSE

Le prélèvement sanguin n'est pas remboursé comme tel : les honoraires y afférents étant compris dans les honoraires pour l'analyse.

Il faut souligner d'autre part que si un gynécologue est habilité à effectuer certaines prestations connexes pour ses propres malades qu'il a en traitement, il est exclu qu'il les fasse pour des malades en traitement chez d'autres médecins ou pour des laboratoires.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Certains médecins spécialistes attestent parfois « consultation de spécialiste 102012 N 8 » et parfois « consultation 101010 N 6 » selon qu'ils considèrent la prestation qu'ils accomplissent, comme relevant de la médecine spéciale ou de la médecine générale.

Cette manière d'attester est-elle correcte ?

REPONSE

Non, c'est la qualification du médecin qui détermine le numéro de code à attester pour une consultation au cabinet du médecin et non les caractères que revêt cette consultation.

Dès lors, il y a lieu d'attester le numéro 102012 et non 101010.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Un médecin traitant transmet des renseignements ou des documents par courrier au médecin-conseil qui les a demandés.

La prestation n° 109012 Avis N 2 peut-elle être remboursée ?

REPONSE

La nomenclature prévoit une rubrique dénommée « avis » destinée à honorer les médecins pour la rédaction de documents divers. D'autre part, la nomenclature définit ce qu'il faut entendre par consultation, visite et avis tout en précisant que les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite. Il faut cependant constater que la nomenclature, à propos de ces prestations, vise des relations entre le médecin et l'assuré.

De nomenclatuur maakt geen melding van de door de adviserend geneesheer aan de arts gevraagde inlichtingen of bescheiden, en stelt daarvoor evenmin een honorarium vast. In bedoeld geval, waarin de adviserend geneesheer de behandelend geneesheer om bepaalde inlichtingen verzoekt, mag bijgevolg geen verzekeringsvergoeding worden verleend.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

In artikel 17, § 2, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is bepaald dat het honorarium voor de verstrekkingen inzake röntgendiagnose, welke zijn verricht door een geneesheer die door de Minister van Volksgezondheid is erkend als specialist voor röntgendiagnose, nooit mag worden gecumuleerd met het honorarium voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer.

Belet die bepaling de vergoeding van de raadpleging van de radioloog wanneer hij geen enkele technische handeling aanrekent ?

ANTWOORD

De raadpleging van de geneesheer, specialist voor röntgendiagnose, mag alleen maar worden vergoed wanneer ze geen enkel verband houdt met een handeling inzake röntgendiagnose, ongeacht of die technische handeling eraan voorafgaat, ermee samengaat of erop volgt.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Onder welk codenummer moet het onderzoek van een tweede patiënt tijdens een huisbezoek dat overdag is aangevraagd maar door de geneesheer, om persoonlijke redenen, pas 's avonds of 's nachts wordt afgelegd, worden geattesteerd ?

ANTWOORD

Als het bezoek overdag is aangevraagd, doch de geneesheer het om persoonlijke redenen pas 's avonds of 's nachts aflegt, wordt die verstrekking beschouwd als een gewoon bezoek.

Indien de geneesheer ter gelegenheid van dat bezoek wordt verzocht een tweede patiënt te onderzoeken, dient tweemaal 103213 (of tweemaal 103412 naar gelang de bekwaming van de geneesheer) te worden getarifeerd.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Bezoek door de erkende huisarts met het oog op het toezicht op de kraamvrouw en op de pasgeborene na verlossing bij de patiënt thuis.

ANTWOORD

Geen enkele bepaling van de nomenclatuur verbiedt de vergoeding van de bezoeken thuis die worden afgelegd door de erkende huisarts die de verlossing heeft verricht.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Mag een fysiotherapeut verstrekking nr. 109012 Advies N 2 cumuleren met technische therapeutische verstrekkingen in omstandigheden waarin, bij toepassing van artikel 23, § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, de raadpleging niet mag worden gecumuleerd met therapeutische verstrekkingen ?

ANTWOORD

In artikel 23, § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is bepaald dat het honorarium voor therapeutische verstrekkingen alleen maar mag worden gecumuleerd met het honorarium voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer naar aanleiding van de raadpleging die heeft geleid tot het voorschrijven van een therapeutische verstrekking, naar aanleiding van de evaluatie-raadpleging na afloop van een reeks van die verstrekkingen of naar aanleiding van de uitvoering van de verstrekking nr. 558773 - 558784, met uitsluiting van de verstrekkingen 558810 - 558821 en 558832 - 558843 die reeksen van verstrekkingen vormen.

Als de vergoeding van een raadpleging verboden is, is ook elke andere verstrekking die een gedeelte van de raadpleging is, uitgesloten. De verstrekking 109012 mag met andere woorden niet met de technische handelingen worden gecumuleerd.

Quant aux renseignements ou documents réclamés au médecin par le médecin-conseil, la nomenclature n'en fait pas mention et ne fixe aucun honoraire à leur sujet. Par conséquent, dans le cas soulevé, lorsque le médecin-conseil demande au médecin traitant de lui communiquer certains renseignements, aucun remboursement de l'assurance ne peut être accordé.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

L'article 17, § 2, de la nomenclature des prestations de santé prévoit que les honoraires pour les prestations de radiodiagnostic effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de spécialiste en radiodiagnostic ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin.

Cette disposition empêche-t-elle le remboursement de la consultation du radiologue lorsqu'il ne porte en compte aucun acte technique ?

REPONSE

La consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic ne peut faire l'objet d'un remboursement que dans le seul cas où elle serait sans aucun rapport avec un acte de radiodiagnostic, que cet acte technique la précède, l'accompagne ou la suive.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester l'examen d'un second patient au cours d'une visite à domicile demandée le jour, mais qui n'est effectuée que le soir ou la nuit pour des raisons propres au médecin ?

REPONSE

Lorsque la demande de visite a été faite le jour, mais que pour des raisons propres au médecin, celui-ci ne l'effectue que le soir ou la nuit, cette prestation est considérée comme une visite ordinaire.

Si, à l'occasion de cette visite, le médecin est appelé à examiner un second patient, il y a lieu de tarifier deux fois 103213 (ou deux fois 103412 selon la qualification du médecin).

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Visite du médecin généraliste agréé pour surveillance de l'accouchée et du nouveau-né après accouchement à domicile.

REPONSE

Aucune disposition de la nomenclature n'interdit le remboursement des visites à domicile, faites par le médecin généraliste agréé qui a fait l'accouchement.

REGLE INTERPRETATIVE 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 n°s 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.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Raadplegingen die door een geneesheer-specialist worden verricht in een bejaardentehuis.

ANTWOORD

Er dient in herinnering te worden gebracht, eensdeels, dat de regel wil dat voor het bezoek thuis van een ander geneesheer-specialist dan de kinderarts geen tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging mag worden verleend en, anderdeels, dat, zelfs indien het verblijf in een inrichting voor kinderen, bejaarden, herstellenden of mindervaliden administratief wordt beschouwd als een verblijf thuis, de voorwaarden inzake verzekeringstegemoetkoming in de kosten van bezoeken van geneesheren aan die gemeenschappelijke woonplaatsen strikt gereguleerd zijn en beperkt zijn tot de tegemoetkomingen die zijn vastgesteld onder de nrs. 103316, 103331, 103353, 103515, 103530, 103552, 104112, 104134, 104156, 103913, 103935 en 103950 van de nomenclatuur.

Zeker, verstrekking nr. 103014 wijkt van dat principe af en staat de tegemoetkoming van de Z.I.V. in het honorarium voor bezoek van een geneesheer-specialist "bij de zieke thuis" toe, wanneer hij door een ander geneesheer ter consult is bijgeroepen. Maar men moet toegeven dat, indien dat bijroepen niet van uitzonderlijke aard was, die afwijking de regel zou worden en tot gevolg zou hebben dat de draagwijdte van de dubbele beperking die is opgelegd voor de bezoeken van geneesheren bij de rechthebbenden in de gemeenschappelijke centra verblijven, volledig wordt ontzenuwd : de beperking betreffende het honorariumbedrag zou alleen nog maar betrekking hebben op de algemene geneeskundigen met verworven rechten of de erkende huisartsen en voorts zou het niet vergoeden van de bezoeken van specialisten thuis, worden vervangen door een verzekeringstegemoetkoming van het hoogste niveau van het honorarium voor raadpleging van de specialist.

Verstrekking nr. 103014 mag nooit worden gehonoreerd in het bijzonder geval van de gemeenschappelijke woonplaatsen, waar de geneesheren-specialisten die verstrekkingen verlenen, niet daadwerkelijk worden "bijgeroepen", maar lid zijn van de geneeskundige ploeg die het toezicht uitoefent op de patiënten die in bedoelde inrichtingen zijn ondergebracht; de activiteit van die geneesheren-specialisten wisselt af met die van de algemene geneeskundigen met verworven rechten of van de erkende huisarts of vult ze aan, en hun optreden is bestendig of geschiedt volgens een vooraf vastgesteld ritme : ze valt dus niet onder het begrip "bijroepen".

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

Mag de geneesheer, specialist voor kindergeneeskunde, voor kinderpsychiatrie of voor neuropsychiatrie, een bijkomende raadpleging tijdens de heteroanamnese attesteren in het raam van de benadering van een psychische of psychologische pathologie ?

ANTWOORD

De heteroanamnese die bij de leden van het gezin van de patiënt wordt uitgevoerd, is gedekt door het honorarium voor een raadpleging dat op naam van de patiënt wordt geattesteerd. Die heteroanamnese mag derhalve niet als bijkomend honorarium worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

Mogen de door een orthoptist verrichte orthoptie-oefeningen door de geneesheer-oftalmoloog die toezicht uitoefent op de behandeling, aan de verzekering worden aangerekend onder nr. 102012 Raadpleging, in zijn spreekkamer, van een geneesheer-specialist N 8 ?

ANTWOORD

Neen, de door de orthoptist verrichte orthoptie-oefeningen mogen door de geneesheer niet worden getarifeerd onder nr. 102012 N 8.

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Mag een raadpleging in het ziekenhuis, die plaats heeft vóór een opname in een ziekenhuis, zonder dat de patiënt die inrichting verlaat, worden geattesteerd ?

Quid wanneer de raadpleging en het toezicht op de patiënt worden verricht door twee verschillende geneesheren.

ANTWOORD

De cumulatie van de raadpleging en het honorarium voor toezicht is niet toegestaan ingeval de patiënt wordt opgeroepen door een geneesheer van de verzorgingsinrichting, wordt gestuurd door zijn behandelend geneesheer of dringend in een verzorgingsinrichting wordt opgenomen om er te worden verpleegd.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Consultations effectuées par un médecin spécialiste dans un home pour personnes âgées.

REPONSE

Il convient de rappeler d'une part que la règle veut que la visite à domicile d'un médecin spécialiste autre que le pédiatre ne peut faire l'objet d'aucune intervention de l'assurance soins de santé, et que d'autre part, même si la résidence dans un établissement pour enfants, pour personnes âgées, pour convalescents ou pour handicapés est administrativement considérée comme un séjour à domicile, les conditions d'intervention de l'assurance dans les frais de visites de médecins à ces résidences communautaires sont strictement réglementées et sont limitées aux interventions prévues sous les n^{os} 103316, 103331, 103353, 103515, 103530, 103552, 104112, 104134, 104156, 103913, 103935 et 103950 de la nomenclature.

Certes, la prestation n° 103014 déroge à ce principe et autorise l'intervention de l'A.M.I. dans les honoraires de visite d'un médecin spécialiste «au domicile du malade» lorsqu'il est appelé en consultation par un autre médecin. Mais il faut admettre que si cet appel n'avait pas un caractère exceptionnel, cette dérogation deviendrait la règle et aurait pour effet d'énervier complètement la portée de la double restriction imposée aux visites de médecins aux bénéficiaires dont la résidence se situe dans des centres communautaires : la restriction quant au montant des honoraires ne concernerait plus que les médecins généralistes avec droits acquis ou les médecins généralistes agréés et d'autre part, le non remboursement des visites de spécialistes à domicile serait remplacé par une intervention de l'assurance au niveau le plus haut des honoraires de consultation de spécialiste.

La prestation n° 103014 ne peut jamais être honorée dans le cas particulier des résidences communautaires où les médecins spécialistes qui interviennent ne sont effectivement pas « appelés » mais sont membres de l'équipe médicale qui exerce la tutelle sur les patients hébergés dans ces établissements; l'activité de ces médecins spécialistes alterne avec celle des médecins généralistes avec droits acquis ou des médecins généralistes agréés ou la complète et leur intervention est permanente ou se fait à un rythme prédéterminé : elle échappe ainsi à la notion d'« appel ».

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Le médecin spécialiste en pédiatrie, en psychiatrie infantile ou en neuropsychiatrie peut-il attester une consultation supplémentaire lors de l'hétéroanamnese, dans le cadre de l'approche d'une pathologie psychique ou psychologique ?

REPONSE

L'hétéroanamnese effectuée auprès des membres de la famille du patient est couverte par les honoraires de consultation attestés au nom du patient. Cette hétéroanamnese ne peut dès lors pas être attestée en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Des exercices d'orthoptie effectués par un orthoptiste peuvent-ils être portés en compte à l'assurance sous le n° 102012 Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste N 8 par le médecin ophtalmologue qui surveille le traitement ?

REPONSE

Non. Les exercices d'orthoptie effectués par l'orthoptiste ne peuvent pas être tarifés par le médecin sous le n° 102012 N 8.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Peut-on attester une consultation dans un hôpital précédant immédiatement une hospitalisation sans que le patient quitte l'établissement de soins ?

Qu'en est-il lorsque la consultation et la surveillance du patient sont effectuées par deux médecins différents ?

REPONSE

Le cumul entre la consultation et les honoraires de surveillance n'est pas permis dans le cas où le patient est convoqué par un médecin de l'établissement de soins, est envoyé par son médecin traitant ou entre d'urgence dans un établissement de soins, pour y être hospitalisé.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 2 (Raadplegingen, bezoeken, adviezen, psycho-therapieën en andere verstrekkingen) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 200 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 3 (Gewone geneeskundige hulp — Technische geneeskundige verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Voor een vroeggeboren ter verpleging opgenomen kind rekent een geneesheer het honorarium voor maagcatheterisatie aan telkens als hij het kind met een sonde voedt.

Mag dat honorarium worden vergoed ?

ANTWOORD

Het voeden van een vroeggeboren ter verpleging opgenomen kind maakt deel uit van de kinderverzorging.

Daarom is dat honorarium begrepen in de verpleegdagprijs en mag het door de verzekering niet worden vergoed.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Hoe moeten de periarteriële peritemporale, perifaciale of periorbitale infiltraties worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Een infiltratie van de sympathicus, terzelfdertijd in de temporale, faciale en orbitale arteriële zones, moet als een infiltratie van de sympathicus worden beschouwd en worden vergoed onder nr. 144270 - 144281 * K 6. Indien de infiltratie beiderzijds wordt verricht, moet ze per zijde worden vergoed.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Mag een anesthesie van de sphenopalatinus worden vergoed onder nr. 144270 - 144281* Infiltratie van de sympathicus, per zijde K 6 ?

ANTWOORD

a) Als het gaat om een anesthesie van de oppervlakkige tak van de sphenopalatinus door toediening van een anestheticum op het sphenopalatinusslijmvlies, is in geen vergoeding voorzien.

b) Als het gaat om een anesthesie van het ganglion sphenopalatinum door insputing in het ganglion :

1. als afzonderlijke behandeling : nr. 144270 - 144281 K 6.

2. met het oog op een ingreep : naar gelang van de waarde van de ingreep, coderen op basis van het tarief en onder de voorwaarden van artikel 12 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Maagspoeling

ANTWOORD

In de verstrekking is voorzien onder nr. 112232 - 112243* Maagcatheterisatie K 6.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Naar aanleiding van een heelkundige bewerking wordt verstrekking nr. 145305* Ingewikkeld dermatologisch verband voor uitgebreide letsels, tijdens ziekenhuisverpleging K 8 aangerekend.

Mag die verstrekking

— worden geattesteerd voor een operatiewonde na de 10e dag na de ingreep ?

— worden gecumuleerd met de honoraria voor toezicht op de patiënt na de 10de dag opneming in een ziekenhuis wegens heelkundige aandoening ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 145305* K 8 alsmede verstrekking nr. 145272* K 2, die het ingewikkeld dermatologisch verband voor uitgebreide letsels beogen, zijn niet opgenomen voor de behandeling van operatiewonden : in dat geval mogen die verstrekkingen noch vóór, noch na de 10e dag, volgend op de operatie, worden geattesteerd, behalve wanneer het oorspronkelijk om een dermatologisch letsel gaat.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 2 (Consultations, visites, avis, psychothérapies et autres prestations), notamment les règles publiées sous la rubrique 200 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 3 (Soins courants — Prestations techniques médicales) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Un médecin porte en compte pour un enfant prématuré hospitalisé, les honoraires pour tubage gastrique chaque fois qu'il nourrit l'enfant à l'aide d'une sonde.

Peut-on rembourser ces honoraires ?

REPONSE

L'alimentation d'un enfant prématuré hospitalisé fait partie des soins de nursing.

Pour ce motif, ils sont compris dans la journée d'entretien et ne peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Comment faut-il tarifier les infiltrations péri-artérielles péri-temporales, péri-faciales ou péri-orbitaires ?

REPONSE

Une infiltration du sympathique portant en même temps sur les zones artérielles temporales, faciales et orbitaires doit être considérée comme une infiltration du sympathique et remboursée sous le n° 144270 - 144281 * K 6. Si l'infiltration est bilatérale, elle doit être remboursée par côté.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Une anesthésie du sphénopalatin peut-elle être remboursée sous le n° 144270 - 144281* Infiltration du sympathique, par côté K 6 ?

REPONSE

a) s'il s'agit d'une anesthésie du rameau superficiel du sphénopalatin par application d'un anesthésique sur la muqueuse sphénopalatine, aucun remboursement n'est prévu.

b) s'il s'agit d'une anesthésie du ganglion sphénopalatin par injection dans le ganglion :

1. Comme traitement isolé : 144270 - 144281 K 6.

2. En vue d'une intervention : selon la valeur de l'intervention, codifier sur base des tarifs et conditions de l'article 12 de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Lavage d'estomac.

REPONSE

La prestation est prévue sous le n° 112232 - 112243* Tubage gastrique K 6.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

A l'occasion d'une intervention chirurgicale, on porte en compte la prestation 145305* Pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues, en période d'hospitalisation K 8.

Cette prestation

— peut-elle être attestée pour une plaie chirurgicale au-delà du 10^e jour suivant l'intervention ?

— est-elle cumulable avec les honoraires pour la surveillance du patient au-delà du 10^e jour d'hospitalisation pour affection chirurgicale ?

REPONSE

La prestation 145305* K 8 de même que la prestation 145272* K 2 qui visent le pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues n'ont pas été prévues pour le traitement des plaies opératoires; ces prestations ne peuvent dans ce cas être attestées ni avant, ni au-delà du 10^e jour après l'opération, sauf s'il s'agit à l'origine d'une lésion dermatologique.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Mag het aanleggen van een verband dat samengaat met een wondhechting die geattesteerd wordt onder de nummers 148013, 148035, 148050, 148072, 148094, 148116, 148131 en 148153, voor eigen rekening worden geattesteerd ?

ANTWOORD

Nee. Het verband dat naar aanleiding van een wondhechting wordt aangelegd, mag niet worden geattesteerd : het honorarium dat wordt geattesteerd voor het hechten, omvat het honorarium voor het eventueel verband.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Hoe mag het hechten van de tong die in het breedste gedeelte voor de helft gesectioneerd is, worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Het hechten van de tong moet, naar gelang het geval, worden geattesteerd onder nr. 148094 - 148105 Hechten met draad van andere wonden dan die van het gelaat : één of twee wonden K 12 of 148131 - 148142 Hechten met draad van andere wonden dan die van het gelaat, waarbij de resectie van necrotische weefsels en/of de hemostase van de onderhuidse weefsels door onderbinden nodig is : één of twee wonden K 20.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Welk honorarium mag worden aangerekend voor de extractie van draden doorheen een niet geheelde wonde ten gevolge van een heelkundige bewerking ?

ANTWOORD

De extractie van draden die zijn geplaatst tijdens een heelkundige bewerking, maakt deel uit van de operatieve handeling en mag niet worden bijgeattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Insnijden van een supergeïnfecteerde cystisch verwijde talgklier of van een hydrosadenitis van de okselholte.

ANTWOORD

Als het gaat om een incisie van een supergeïnfecteerde cystisch verwijde talgklier of om een hydrosadenitis van de okselholte, mag de verstrekking worden gelijkgesteld met de onder nr. 145574 - 145585 Insnijden van oppervlakkige flegmone of van anthrax K 10 bepaalde verstrekking.

Als het gaat om een excisie, moet de verstrekking worden getarifeerd onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumours van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40.

De verstrekking 353231 – 353242 mag niet als zodanig gehonoreerd worden wanneer ze wordt verricht door een geneesheer specialist voor dermato-venereologie.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Periarteriële infiltratie van de sympathicus ter hoogte van de inguinale streek voor een totale anesthesie van de sympathicus met het oog op het wegnemen van de spasme en een vaatverwijding.

ANTWOORD

De infiltratie zoals ze is beschreven, moet worden geattesteerd onder nummer 144270 - 144281 * Infiltratie van de sympathicus, per zijde K 6.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Als therapie uitgevoerde plasmafereses of cytafereses om bij de patiënt electief een component van het bloed weg te nemen (rode bloedlichaampjes, plasma, paraproteïnen, cryoglobulinen, teveel aan witte bloedlichaampjes en plaatjes), waarbij de andere componenten hem worden teruggegeven.

ANTWOORD

De therapeutische plasmaferese of cytaferese moet worden geattesteerd onder het nummer 474331 - 474342 Exsanguinatietransfusie K 130.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

La pose d'un pansement qui accompagne une suture de plaie attestée suivant les numéros 148013, 148035, 148050, 148072, 148094, 148116, 148131 et 148153 peut-elle être attestée pour son propre compte ?

REPONSE

Non. Le pansement effectué à l'occasion d'une suture de plaie ne peut être attesté : les honoraires attestés pour la suture comprennent les honoraires pour le pansement éventuel.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Comment peut-on tarifier la suture de la langue sectionnée à moitié dans sa partie la plus large ?

REPONSE

La suture de la langue doit être attestée selon le cas 148094 - 148105 Suture par fils de plaies autres que celles de la face : une ou deux plaies K 12 ou 148131 - 148142 Suture par fils de plaies autres que celles de la face nécessitant la résection de tissus nécrotiques et/ou l'hémostase des tissus sous-cutanés par ligature : une ou deux plaies K 20.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Quels honoraires peuvent être portés en compte pour l'extraction de fils à travers une plaie non cicatrisée résultant d'une intervention chirurgicale ?

REPONSE

L'extraction de fils placés lors d'une intervention chirurgicale fait partie de l'acte opératoire et ne peut être attestée en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Incision d'un kyste sébacé surinfecté ou d'une hydrosadénite du creux axillaire.

REPONSE

S'il s'agit d'une incision de kyste sébacé surinfecté ou d'une hydrosadénite du creux axillaire, la prestation peut être assimilée à la prestation prévue sous le n° 145574 - 145585 Incision de phlegmon superficiel ou d'anthrax K 10.

S'il s'agit d'une excision, 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.

La prestation 353231 – 353242 ne peut être honorée comme telle lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en dermatovénéréologie.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Infiltration péri-artérielle du sympathique au niveau de la région inguinale pour anesthésie complète du sympathique en vue d'une élimination du spasme et une dilatation des vaisseaux sanguins.

REPONSE

L'infiltration décrite doit être attestée sous le n° 144270 - 144281 * Infiltration du sympathique, par côté K 6.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Plasmaphèreses ou cytafèreses effectuées à titre thérapeutique, visant à enlever au patient électivement un composant du sang (globules rouges, plasma, paraprotéïnes, cryoglobulines, excès de globules blancs et de plaquettes), tout en lui restituant les autres composants.

REPONSE

La plasmaphérèse ou la cytafèrese doit être attestée sous le n° 474331 - 474342 Exsanguinotransfusion K 130.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

De scleroserende insputting in de aders wegens aderspatten is in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen opgenomen onder nr. 144071 - 144082 * K 4. Hoe moet worden getarifeerd wanneer tijdens dezelfde zitting zeven of acht verschillende aderspatten worden gescleroseerd ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 144071 - 144082 * K 4 mag slechts eenmaal per zitting worden geattesteerd ongeacht het aantal gescleroseerde aderspatten.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

Mag het honorarium voor verstrekking 112033 - 112044 Anestheserende insputting wegens versteking K 4 worden gecumuleerd met het honorarium voor raadpleging, aangezien in artikel 1, § 6, is bepaald : "Het honorarium... voor anesthesie... mag nooit met het honorarium voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer of voor bezoek bij de zieke thuis worden gecumuleerd".

ANTWOORD

Met het woord "anesthesie" worden uitsluitend de verstrekkingen van hoofdstuk V, afdeling 3, van de nomenclatuur beoogd. Derhalve mogen het honorarium voor verstrekking 112033 - 112044 en het honorarium voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer of voor bezoek bij de zieke thuis worden gecumuleerd.

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Welke verstrekking moet worden aangerekend voor de paravertebrale infiltraties die worden verricht in geval van pijnlijke spondylarthrose op verscheidene niveau's, hals en lenden, met radiculalgie beiderzijds ?

ANTWOORD

Verstrekking 144292 - 144303 * Paravertebrale infiltratie K 6 moet eenmaal worden geattesteerd, ongeacht het aantal infiltraties dat tijdens een zelfde zitting wordt verricht.

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Mogen de verstrekkingen 149170 - 149181 * Medisch toezicht op de transfusie van bloed, geconcentreerde rode bloedlichaampjes of bloedplaatjes voor een andere dan post-traumatische, post-heelkundige of posthemorragische indicatie K 25 en 474655 - 474666 ** Medisch toezicht op bloed- of plasmatransfusie bij een kind jonger dan zeven jaar K 25 meer dan eenmaal per 24 uur worden aangerekend ?

ANTWOORD

Aangezien in de omschrijving staat dat het gaat om medisch toezicht op een transfusie, mogen de verstrekkingen 149170 - 149181 * K 25 en 474655 - 474666 ** K 25 slechts eenmaal per 24 uur worden geattesteerd ongeacht het aantal toedieningen en het aantal toegediende eenheden.

Die verstrekkingen mogen onderling niet worden gecumuleerd.

INTERPRETATIEREGEL 16

VRAAG

Mag tijdens een zelfde zitting meer dan één verstrekking in rekening worden gebracht wanneer het gaat om de verstrekkingen :

112313 – 112324 * Scleroserende insputting wegens aambeien, per verrichting K 10;

531016 - 531020 Scleroserende insputting wegens angiomen K 6 ?

ANTWOORD

Verstrekking 112313 - 112324 * Scleroserende insputting wegens aambeien, per verrichting K 10 mag slechts eenmaal per zitting worden geattesteerd, ongeacht het aantal insputtingen en behandelde letsels.

Verstrekking 531016 - 531020 Scleroserende insputting wegens angiomen K 6 mag slechts eenmaal per zitting worden geattesteerd, ongeacht het aantal insputtingen en behandelde angiomen.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

L'injection sclérosante des veines pour varices est reprise à la nomenclature des prestations de santé sous le n° 144071 - 144082 * K 4. Comment doit-on tarifier lorsque l'on sclérose au cours de la même séance sept ou huit varices différentes ?

REPONSE

La prestation n° 144071 - 144082 * K 4 ne peut être attestée qu'une fois par séance, quel que soit le nombre de varices sclérosées.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Les honoraires pour la prestation 112033 - 112044 Injection anesthésiante pour entorse K 4 peuvent-ils être cumulés avec les honoraires de consultation, du fait que les dispositions de l'art. 1^{er}, § 6, stipulent que : « les honoraires... pour anesthésie ..., ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade. »

REPONSE

Par le terme « anesthésie », sont visées exclusivement les prestations du chapitre V, section 3, de la nomenclature. Dès lors, les honoraires pour la prestation 112033 - 112044 sont cumulables avec les honoraires de consultation au cabinet du médecin ou de visite au domicile du malade.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Quelle prestation faut-il porter en compte pour les infiltrations paravertébrales pratiquées en cas de spondylarthrose multi-étagée douloureuse aux niveaux cervical et lombaire, avec radiculalgies bilatérales ?

REPONSE

La prestation 144292 - 144303 * Infiltration paravertébrale K 6 doit être attestée une fois, quel que soit le nombre d'infiltrations effectuées au cours de la même séance.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Les prestations 149170 - 149181 *Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang, de concentré de globules rouges ou de plaquettes pour une indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique K 25 et 474655 - 474666 ** Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang ou de plasma chez un enfant de moins de sept ans K 25 peuvent-elles être portées en compte plus d'une fois par 24 heures ?

REPONSE

Etant donné que le libellé précise qu'il s'agit d'une surveillance médicale lors d'une transfusion, les prestations 149170 - 149181 * K 25 et 474655 - 474666 ** K 25 ne peuvent être attestées qu'une fois par 24 heures, quels que soient le nombre de voies d'introduction et le nombre d'unités administrées.

Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

Peut-on porter en compte plus d'une prestation au cours de la même séance en ce qui concerne les prestations :

112313 – 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10;

531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ?

REPONSE

La prestation 112313 - 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10 ne peut être attestée qu'une fois par séance, quel que soit le nombre d'injections et de lésions traitées.

La prestation 531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ne peut être attestée qu'une fois par séance quel que soit le nombre d'injections et d'angiomes traités.

INTERPRETATIEREGEL 17

VRAAG

Mag de verzorging van de necrose en van eschara wegens doorliggen bij de in een ziekenhuis opgenomen patiënten worden aangerekend onder nummer 145305 * Ingewikkeld dermatologisch verband voor uitgebreide letsels, tijdens ziekenhuisverpleging K 8 ?

ANTWOORD

De verzorging van necrose en van eschara wegens doorliggen bij de in een ziekenhuis opgenomen patiënten is essentieel verplegingsverzorging en is gedekt door de verpleegdagprijs. Die verzorging mag niet worden verward met het "Ingewikkeld dermatologisch verband voor uitgebreide letsels, tijdens ziekenhuisverpleging", dat is opgenomen onder nr. 145305 * en dat :

a) moet worden aangelegd door de geneesheer zelf of in het gezelschap van gekwalificeerde medewerkers wier ingrepen hij leidt (cf. artikel 1, § 4bis, II. A, c, laatste lid, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen);

b) uitgebreide letsels moet beogen;

c) een ingewikkeld verband moet zijn en niet mag bestaan in het gewoon aanbrengen van compressen, inpenselingen, enz.;....

d) moet worden toegepast op dermatologische letsels, met uitsluiting van operatiewonden.

Er moet worden opgemerkt dat de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen eveneens voorziet in de verstrekking 280814 - 280825 Uitsnijden van eschara in de gluteusstreek onder algemene anesthesie N 100, die voorbehouden is voor de chirurg.

INTERPRETATIEREGEL 18

VRAAG

Hoe moet de operatieve handeling die is opgenomen onder het codenummer 244635 - 244646 Uitsnijden van een aarsabces, onder algemene anesthesie N 75 worden begrepen ? Hoe moet die omschrijving, vergeleken met het codenummer 112276 - 112280 Insnijden van aarsabces K 6, worden begrepen ?

Mag het codenummer 145574 - 145585 Insnijden van oppervlakkige phlegmone of van anthrax K 10 worden toegepast op de anale streek ?

ANTWOORD

Als in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen een specifiek nummer is opgenomen, moet dat nummer worden geattesteerd.

De verstrekking 112276 - 112280 Insnijden van aarsabces K 6 beoogt het draineren van een onderhuids abces door eenvoudige insnijding en onder plaatselijke of regionale anesthesie.

De verstrekking 244635 - 244646 Uitsnijden van een aarsabces, onder algemene anesthesie N 75 daarentegen heeft betrekking op de complexe behandeling van een inflammatoir letsel, die een algemene anesthesie vergt en bestaat in een resectie van de necrotische en fibreuse weefsels en eventueel van de abceswand.

INTERPRETATIEREGEL 19

VRAAG

Wat moet worden verstaan onder de woorden : "post-traumatische, post-heelkundige of post-hemorragische" in de omschrijving van verstrekking 149170 - 149181 * Medisch toezicht op de transfusie van bloed, geconcentreerde rode bloedlichaampjes of bloedplaatjes voor een andere dan post-traumatische, post-heelkundige of post-hemorragische indicatie K 25 ?

ANTWOORD

Het begrip "voor een andere dan post-traumatische, post-heelkundige of post-hemorragische indicatie" laat de vergoeding van de verstrekking 149170 - 149181 * K 25 alleen toe in situaties die geen verband houden met een trauma, een heelkundige ingreep of een hemorragie.

De verstrekking 149170 - 149181 * K 25 mag derhalve niet worden geattesteerd wanneer er een rechtstreeks oorzakelijk verband bestaat tussen het trauma, de heelkundige ingreep of de hemorragie eensdeels, en de transfusie anderdeels.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 3 (Gewone geneeskundige hulp - Technische geneeskundige verstrekkingen) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 301 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 9, b), c), d) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (verloskundige verstrekkingen die de bekwaming van geneesheer vereisen) :

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Les soins pour nécroses et escarres de décubitus chez les patients hospitalisés peuvent-ils être portés en compte sous le numéro 145305 * Pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues en période d'hospitalisation K 8 ?

REPONSE

Les soins pour nécroses et escarres de décubitus chez les patients hospitalisés sont essentiellement des soins de nursing et sont couverts par le prix de journée d'entretien. Ces soins ne doivent pas être confondus avec le « pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues, en période d'hospitalisation » prévu sous le n° 145305 * et qui doit :

a) être effectué par le médecin lui-même ou en compagnie de collaborateurs qualifiés dont il dirige les interventions (cf. article 1^{er}, § 4bis, II. A, c, dernier alinéa, de la nomenclature des prestations de santé);

b) viser des lésions étendues;

c) consister en un pansement compliqué et non en la simple application de compresses, badigeonnages, etc....;

d) s'appliquer à des lésions dermatologiques à l'exclusion des plaies opératoires.

Il est à signaler que la nomenclature des prestations de santé prévoit aussi la prestation 280814 - 280825 Excision d'escarres fessières sous anesthésie générale N 100, qui est réservée au chirurgien.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Que vise le geste opératoire repris sous le numéro de code 244635 - 244646 Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75 ? Comment faut-il comprendre cet intitulé par rapport au code 112276 - 112280 Incision d'abcès de l'anus K 6 ?

Le code 145574 - 145585 Incision de phlegmon superficiel ou d'anthrax K 10 est-il applicable à la région anale ?

REPONSE

Lorsqu'un numéro spécifique est prévu à la nomenclature des prestations de santé, c'est ce numéro qui doit être attesté.

La prestation 112276 - 112280 Incision d'abcès de l'anus K 6 vise le drainage d'un abcès sous-cutané par incision simple et sous anesthésie loco-régionale.

Par contre, la prestation 244635 - 244646 Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75 concerne le traitement complexe d'une lésion inflammatoire nécessitant une anesthésie générale et consistant en une résection des tissus nécrotiques et fibreux et éventuellement de la coque.

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

Que faut-il entendre par les termes : "post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique" mentionnés dans le libellé de la prestation 149170 - 149181 * Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang, de concentré de globules rouges ou de plaquettes pour une indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique K 25 ?

REPONSE

La notion d'"indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique" n'autorise le remboursement de la prestation 149170 - 149181 * K 25 que dans des situations qui ne sont pas liées à un traumatisme, une intervention chirurgicale ou une hémorragie.

La prestation 149170 - 149181 * K 25 ne peut dès lors pas être attestée lorsqu'il existe une relation directe de cause à effet entre le traumatisme, l'intervention chirurgicale ou l'hémorragie d'une part et la transfusion d'autre part.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 3 (Soins courants - Prestations techniques médicales), notamment les règles publiées sous la rubrique 301 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 9, b), c), d) de la nomenclature des prestations de santé (Prestations d'obstétrique qui requièrent la qualification de médecin) :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Een erkende huisarts verricht verstrekking nr. 424115 - 424126 ° Verloskundige ingreep wegens miskraam van vier tot zes maanden.... K 75.

Dezelfde dag moet een geneesheer, specialist voor gynecologie, bij dezelfde persoon een curettage verrichten.

Mag deze laatste verstrekking bij verstrekking 424115 - 424126 ° worden bijvergoed ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 220290 - 220301 ° Baarmoeder-curettage, curatieve of exploratieve... K 50 mag bij verstrekking 424115 - 424126 ° Verloskundige ingreep wegens miskraam... K 75 worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Mag het honorarium voor baarmoedercurettage worden aangerekend in de loop van de 10 dagen opnemings in een ziekenhuis na de verlossing ?

ANTWOORD

De curettage die wordt verricht binnen 48 uur na de verlossing, wordt beschouwd als een maneuver van de verlossing : ze is gedekt door het honorarium dat wordt betaald voor de verlossing. Buiten die termijn mag de verzekeringsvergoeding worden verleend onder nr. 220290 - 220301 ° Baarmoedercurettage, curatieve of exploratieve, eventueel inclusief dilatatie en afname voor endo-uterine biopsie K 50.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Hoe moet een kleine keizersnede van Brindeau wegens dode vrucht van ongeveer vijf en een halve maand, worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De keizersnede komt alleen voor onder de rubriek verlossingen. Welnu, als verlossing wordt beschouwd, de ingreep die wordt verricht vanaf de 180e dag van de zwangerschap. Wanneer het gaat om een foetus van 5 1/2 maand, gaat het dus niet om een verlossing. De verzekeringsvergoeding voor de verrichte ingreep mag worden toegestaan onder nr. 432250 - 432261 Hysterotomie langs abdominale weg K 180.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Een gynecoloog verricht een verlossing. Een week later wordt een baarmoederinversie vastgesteld en dezelfde geneesheer verricht de repositie ervan onder algemene anesthesie. Zulks is geschied zonder dat een laparotomie moest worden verricht. Mag in dit geval verstrekking 424174 - 424185 Heelkundige bewerking wegens baarmoederinversie... K 225 worden geattesteerd ?

ANTWOORD

Uit de door de geneesheer-specialist voor gynecologie, verstrekte uitleg blijkt dat de repositie van de baarmoederinversie geen laparotomie heeft gevergd : het gaat dus niet om een heelkundige bewerking zoals bedoeld in verstrekking nr. 424174 - 424185 Heelkundige bewerking wegens baarmoederinversie na een verlossing K 225.

Derhalve wordt die repositie van de baarmoederinversie niet vergoed. In dit geval moet de algemene anesthesie verricht door een geneesheer-specialist voor anesthesiologie worden geattesteerd onder nummer 202031 - 202042 Algemene, rachi- of epidurale anesthesie bij hechten van perineum, losmaken van de placenta of manuele repositie van een uterusinversie K 36.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Een vrouw bevalt thuis, zonder enige hulp, noch van een geneesheer, noch van een vroedvrouw.

De volgende dag wordt de kraamvrouw opgenomen in een ziekenhuis voor een hechting van het perineum.

Onder welk codenummer moet de hechting van het perineum worden geattesteerd?

ANTWOORD

De verstrekking moet worden vergoed onder nr. 424130 - 424141 ° Hechten van het perineum, na een verlossing door vroedvrouw K 35.

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Un médecin généraliste agréé effectue la prestation 424115 - 424126 ° Intervention obstétricale pour fausse couche de 4 à 6 mois... K 75.

Le même jour, un médecin spécialiste en gynécologie est appelé à effectuer un curetage chez la même personne.

Peut-on rembourser cette dernière prestation en supplément de la prestation 424115 - 424126 ° ?

REPONSE

La prestation 220290 - 220301 ° Curetage utérin, curatif ou explorateur... K 50 peut être attestée en supplément de la prestation 424115 - 424126 ° Intervention obstétricale pour fausse couche... K 75.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Les honoraires pour curetage utérin peuvent-ils être portés en compte pendant les 10 jours d'hospitalisation qui suivent l'accouchement ?

REPONSE

Le curetage effectué dans les 48 heures qui suivent l'accouchement est considéré comme une manoeuvre de l'accouchement : il est couvert par les honoraires payés pour celui-ci. En dehors de ce délai, le remboursement de l'assurance peut être accordé sous le n° 220290 - 220301 ° Curetage utérin, curatif ou explorateur, y compris éventuellement la dilatation et le prélèvement pour biopsie endo-utérine K 50.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Comment convient-il de tarifier une petite césarienne de Brindeau pour grossesse morte d'environ 5 mois 1/2 ?

REPONSE

La césarienne ne figure qu'à la rubrique accouchement. Or, l'on considère comme accouchement, l'intervention effectuée à partir du 180^e jour de gestation. Partant, dans le cas de foetus de 5 mois 1/2, il ne s'agit donc pas d'un accouchement. Le remboursement de l'assurance pour l'intervention pratiquée peut être accordé sous le n° 432250 - 432261 Hystérotomie par voie abdominale K 180.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Un gynécologue effectue un accouchement. Une semaine après, une inversion utérine a été diagnostiquée et le même médecin pratique la réduction sous anesthésie générale. Cela s'est effectué sans devoir procéder à une laparotomie. Peut-on dans ce cas tarifier la prestation 424174 - 424185 Intervention chirurgicale pour inversion utérine... K 225 ?

REPONSE

D'après les explications fournies par le médecin spécialiste en gynécologie, il apparaît que la réduction de l'inversion utérine n'a pas nécessité de laparotomie; il ne s'agit donc pas d'une intervention chirurgicale visée par la prestation 424174 - 424185 Intervention chirurgicale pour inversion utérine consécutive à un accouchement K 225.

Dès lors, cette réduction de l'inversion utérine ne fait pas l'objet d'un remboursement. Dans ce cas, l'anesthésie générale pratiquée par un médecin spécialiste en anesthésiologie sera tarifée sous le n° 202031 - 202042 Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une suture du périnée, d'une délivrance du placenta ou d'une reposition manuelle d'une inversion utérine K 36.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Une femme accouche à domicile, sans l'assistance d'un médecin, ni celle d'une accoucheuse.

Le lendemain, l'accouchée est admise dans un hôpital pour une suture du périnée.

Sous quel numéro de code la suture du périnée doit-elle être attestée ?

REPONSE

La prestation doit être remboursée sous le n° 424130 - 424141 ° Suture du périnée, à la suite d'un accouchement par accoucheuse K 35.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Welke verstrekkingen die de bekwaamings van geneesheer-specialist voor gynecologie en verloskunde vereisen, en zijn opgenomen onder punt c) van artikel 9 van de nomenclatuur, mogen worden geattesteerd door een geneesheer-specialist voor heelkunde ?

ANTWOORD

De verstrekkingen 424071 - 424082 tot 424233 - 424244 mogen worden geattesteerd door een geneesheer-specialist voor heelkunde.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 9 b), c), d) (Verloskundige verstrekkingen die de bekwaamings van geneesheer vereisen), met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 400 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 10, § 4, (Speciale technische geneeskundige verstrekkingen – Algemene bepalingen : verwante verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Welke verstrekkingen waarvoor de bekwaamings van geneesheer-specialist voor gynecologie en verloskunde vereist is, die zijn opgenomen onder punt c) van artikel 9 van de nomenclatuur, mogen worden geattesteerd door een geneesheer-specialist voor heelkunde?

ANTWOORD

De verstrekkingen 424071 - 424082 tot 424233 - 424244 mogen worden geattesteerd door een geneesheer-specialist voor heelkunde.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Wordt verstrekking nr. 291012 - 291023 Trepanatie van tibia N 200 vergoed, wanneer ze als verwante handeling wordt uitgevoerd door een geneesheer die erkend is als specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie of voor fysiotherapie of voor reumatologie?

ANTWOORD

Er bestaat geen officiële lijst van verwante handelingen omdat die verstrekkingen te talrijk zijn en de voorwaarden waaronder ze mogen worden verricht, te verscheiden zijn. Het doel van die verwante handelingen is de geneesheer-specialist in staat te stellen zelf de onderzoekingen uit te voeren welke bijdragen tot de diagnose van een aandoening die tot zijn discipline behoort en hem de gelegenheid geven de behandelingen die specifiek tot zijn specialisme behoren, te vervolmaken door aanvullende of bijkomende therapieën.

Een bloedige heelkundige bewerking (in dit geval een ingreep op de beenderen) kan niet worden beschouwd als een met het specialisme fysische geneeskunde en revalidatie of fysiotherapie of met reumatologie verwante verstrekking.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Mag een kinderarts verstrekking nr. 254995 - 255006 Tonale of vocale audiometrie, met tracé K 18 aanrekenen voor de controle van de audiometrie met audiogram, bij kinderen die herstellen van otitis of die moeilijkheden hebben op school ?

ANTWOORD

De audiometrie met audiogram mag niet worden beschouwd als een met kindergeneeskunde verwante verstrekking.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Mogen de vertebrale manipulaties worden beschouwd als verwant met het specialisme otorhinolaryngologie ?

ANTWOORD

De vertebrale manipulaties mogen niet worden beschouwd als verwant met het specialisme otorhinolaryngologie.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Mogen de volgende verstrekkingen worden beschouwd als verwant met de neuropsychiatrie :

257655 - 257666

Fonetogram met grafiek K 21;

257670 - 257681

Stroboscopisch onderzoek van de trillingen van de stembanden K 5;

257692 - 257703

Elektroglottogram inclusief het eventueel referentiefonogram, met protocol en uittreksel uit de tracés K 10;

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Quelles sont les prestations requérant la qualification de médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, figurant sous le point c) de l'article 9 de la nomenclature, qui peuvent être attestées par un médecin spécialiste en chirurgie ?

REPONSE

Les prestations 424071 - 424082 à 424233 - 424244 peuvent être attestées par un médecin spécialiste en chirurgie.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 9 b), c), d) (Prestations d'obstétrique qui requièrent la qualification de médecin), notamment les règles publiées sous la rubrique 400 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 10, § 4, (Prestations techniques médicales spéciales – Dispositions générales : prestations connexes) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Quelles sont les prestations requérant la qualification de médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, figurant sous le point c) de l'article 9 de la nomenclature, qui peuvent être attestées par un médecin spécialiste en chirurgie ?

REPONSE

Les prestations 424071 - 424082 à 424233 - 424244 peuvent être attestées par un médecin spécialiste en chirurgie.

REGLE INTERPRETATIVE 2

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.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Un pédiatre contrôlant l'audiométrie avec audiogramme chez des enfants en convalescence d'otite ou présentant des difficultés scolaires peut-il porter en compte la prestation n° 254995 - 255006 Audiométrie tonale ou vocale, avec tracé K 18 ?

REPONSE

L'audiométrie avec audiogramme ne peut pas être considérée comme une prestation connexe à la pédiatrie.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Les manipulations vertébrales peuvent-elles être considérées comme connexes à l'oto-rhino-laryngologie ?

REPONSE

Les manipulations vertébrales ne peuvent être considérées comme connexes à l'oto-rhino-laryngologie.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Les prestations suivantes peuvent-elles être considérées comme connexes à la neuropsychiatrie :

257655 - 257666

Phonétogramme avec graphique K 21,

257670 - 257681

Examen stroboscopique des vibrations des cordes vocales K 5,

257692 - 257703

Electroglottogramme, y compris le phonogramme de référence éventuel, avec protocole et extraits des tracés K 10,

257714 - 257725

Sonogram, ongeacht het aantal tracés dat door verschillende filters is verkregen (grafische voorstelling van de verdeling van de geluidsenergie, van een spraakmonster, over het frequentiebereik in de tijd) protocol en tracés K 27,

258274 - 258285

Stroboscopisch onderzoek van de stembanden met een onbuigzaam optisch systeem of door fibroscopie, met of zonder registreren van de bewegingen met een camera en videorecorder K 40 ?

ANTWOORD

De verstrekkingen nrs. 257655 - 257666 Fonetogram met grafiek K 21, 257670 - 257681 Stroboscopisch onderzoek... K 5, 257692 - 257703 Elektrolottogram... K 10, 257714 - 257725 Sonogram ... K 27 en 258274 - 258285 Stroboscopisch onderzoek ... K 40 die diagnostische onderzoeken zijn die de bekwaamheid van de geneesheer-specialist voor otorhinolaryngologie vereisen, mogen niet worden beschouwd als verstrekkingen die verwant zijn met de neuropsychiatrie.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Mogen de door een geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en voor revalidatie uitgevoerde verstrekkingen inzake klinische biologie als verwante verstrekkingen worden vergoed ?

ANTWOORD

De verstrekkingen inzake klinische biologie die zijn gerangschikt in artikel 24 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, mogen niet worden beschouwd als verwant met het specialisme fysische geneeskunde en revalidatie.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Zijn de longfunctieproeven verwant met de anesthesiologie ?

ANTWOORD

De functionele longproeven mogen niet worden beschouwd als verwant met de anesthesiologie.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Zijn de volgende proctologische verstrekkingen verwant met de inwendige geneeskunde :

244215 - 244226

Aarscerclage wegens rectumprolaps N 100

244252 - 244263

Extirpatie van een vreemd lichaam uit het rectum of van fecalomen onder algemene anesthesie N 40

244311 - 244322

Resectie langs natuurlijke weg van een tumor villosus uit het rectum (een dubbel van het anatomopathologisch onderzoek moet ter beschikking van de adviserend geneesheer worden gehouden) N 200

244355 - 244366

Verwijderen van goedaardige tumoren of van poliepen van het rectum, inclusief de rectoscopie, per zitting N 50

244370 - 244381

Verwijderen van goedaardige tumoren of van poliepen van het sigmoidium langs endoscopische weg, per zitting N 125

244436 - 244440

Heelkundige resectie van aarsfistel in of boven de sfincter, al dan niet gecombineerd met de behandeling door de trespethode, in één of meer operatietijden N 250

244451 - 244462

Operatieve behandeling van aarsfistel onder de sfincter N 50

244495 - 244506

Resectie van aarskloof met sfincterotomie en neerhalen van het slijmvlies N 175,

244510 - 244521

Resectie van aarskloof N 90

244532 - 244543

Aarsdilatatatie onder algemene anesthesie, geïsoleerde verstrekking N 40

244554 - 244565

Radicaal behandeling van hemorrhoiden die resectie, onderbinden van de pediculi en neerhalen van het slijmvlies omvat, ongeacht de aangewende techniek N 200.

244576 - 244580

Volledige behandeling van veelvuldige inwendige hemorrhoiden door diathermoresectie of heelkundige resectie N 125

257714 - 257725

Sonogramme, quel que soit le nombre de tracés obtenus par des filtres différents (représentation graphique de la répartition de l'énergie du son, d'un échantillon de la parole, sur l'étendue de la fréquence dans le temps), protocole et tracés K 27,

258274 - 258285

Examen stroboscopique des cordes vocales par un système optique rigide ou par fibroscopie, avec ou sans enregistrement des mouvements avec caméra et magnétoscope K 40 ?

REPOSE

Les prestations n°s 257655 - 257666 Phonétogramme avec graphique... K 21, 257670 - 257681 Examen stroboscopique... K 5, 257692 - 257703 Electroglottogramme... K 10, 257714 - 257725 Sonogramme... K 27 et 258274 - 258285 Examen stroboscopique... K 40 sont des examens de diagnostic qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et ne peuvent être considérées comme connexes à la neuropsychiatrie.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Peut-on rembourser au titre de prestations connexes les prestations de biologie clinique effectuées par un spécialiste en médecine physique et en réadaptation ?

REPOSE

Les prestations de biologie clinique classées à l'article 24 de la nomenclature des prestations de santé ne peuvent pas être considérées comme connexes à la spécialité de médecine physique et réadaptation.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Les épreuves fonctionnelles pulmonaires sont-elles connexes à l'anesthésiologie ?

REPOSE

Les épreuves fonctionnelles pulmonaires ne peuvent être considérées comme connexes à l'anesthésiologie.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Les prestations de proctologie suivantes sont-elles connexes à la médecine interne :

244215 - 244226

Cerclage de l'anus pour prolapsus rectal N 100

244252 - 244263

Extirpation d'un corps étranger du rectum ou de fécalomes sous anesthésie générale N 40

244311 - 244322

Résection d'une tumeur villositaire du rectum (un double de l'examen anatomo-pathologique doit être tenu à la disposition du médecin-conseil) par les voies naturelles N 200

244355 - 244366

Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes du rectum y compris la rectoscopie, par séance N 50

244370 - 244381

Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes du sigmoïde, par voie endoscopique, par séance N 125

244436 - 244440

Résection chirurgicale de la fistule anale trans-sphinctérienne ou supra-sphinctérienne combinée ou non avec le traitement par la méthode de la tresse en un ou plusieurs temps N 250

244451 - 244462

Cure opératoire de la fistule anale sous-sphinctérienne N 50

244495 - 244506

Résection de fissure anale avec sphinctérotomie et abaissement de la muqueuse N 175

244510 - 244521

Résection de fissure anale N 90

244532 - 244543

Dilatation anale sous anesthésie générale, prestation isolée N 40

244554 - 244565

Cure radicale d'hémorroïdes comportant résection, ligature des pédicules et abaissement muqueux, quelle que soit la technique utilisée N 200.

244576 - 244580

Cure complète d'hémorroïdes internes multiples par diathermo-résection ou résection chirurgicale N 125

244591 – 244602

Uitsnijden of diathermoresectie van een inwendig pak hemorrhoiden met aarsdilatatie N 75

244635 – 244646

Uitsnijden van een aarsabces, onder algemene anesthesie N 75

244473 – 244484

Fissurectomie met sfincterotomie N 125?

ANTWOORD

De genoemde verstrekkingen mogen niet worden beschouwd als verwant met de inwendige geneeskunde.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

In een dienst voor gynecologie die verscheidene gynecologen telt, worden alle anatomopathologische onderzoeken verricht door één van die geneesheren die niet is erkend voor anatomopathologie; gaat het in dat geval om verwante handelingen die door de verzekering worden vergoed ?

ANTWOORD

Het begrip "verwantschap" zoals het wordt omschreven in artikel 32, § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, beperkt de verwantschap tot de zieke die de geneesheer, in het kader van zijn eigen specialisme, zelf verzorgt.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Zijn de volgende verstrekkingen toegankelijk voor de geneesheer-specialist voor anesthesiologie, wanneer ze worden verricht buiten de narcose ?

257294 – 257305

Bronchoscopie zonder afname voor biopsie en/of bronchoscopie met therapeutische aspiratie K 57

474051 – 474062

** Femorale, jugulaire of longitudinale sinuspunctie bij kind jonger dan zeven jaar K 10

474191 – 474202

** Punctie van slagader of ader na blootleggen van bloedvat bij kind jonger dan zeven jaar K 12

474250 – 474261

** Maagcatheterisatie bij kind jonger dan zeven jaar K 8

474390 – 474401

Tracheale intubatie onder rechtstreekse laryngoscopie (buiten de narcose) bij de pasgeborene (tot de leeftijd van 15 dagen), inclusief de eventuele kunstmatige ademhaling die niet langer dan één uur duurt (mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 211013 - 211024 en 211035 - 211046 van het hoofdstuk reanimatie) K 51

474456 - 474460

Plaatsen van een navelcatheter bij de pasgeborene buiten de narcose, dat niet mag worden gecumuleerd met de exsanguinotransfusie K 18

474294 - 474305

** Intraveneuze perfusie bij kind, jonger dan zeven jaar K 15

ANTWOORD

Overeenkomstig de bepalingen van artikel 10, § 4, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen mag de geneesheer-specialist voor anesthesiologie, de hiervoren vermelde verstrekkingen als verwante verstrekkingen attesteren wanneer hij ze verricht buiten de narcose.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 10, § 4, (Speciale technische geneeskundige verstrekkingen – Algemene bepalingen : verwante verstrekkingen) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 501(02) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

244591 – 244602

Excision ou diathermo-résection d'un paquet hémorroïdaire interne unique avec dilatation anale N 75

244635 - 244646

Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75

244473 - 244484

Fissurectomie avec sphinctérotomie N 125?

REPONSE

Les prestations citées ne peuvent être considérées comme connexes à la médecine interne.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Dans un service de gynécologie comptant plusieurs gynécologues, tous les examens anatomopathologiques sont effectués par un de ces médecins, non reconnu en anatomie pathologique : s'agit-il dans ce cas d'actes connexes, remboursés par l'assurance ?

REPONSE

La notion de "connexité" telle qu'elle est définie à l'article 32, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, a trait uniquement au malade qui est soigné par le médecin lui-même dans le cadre de sa propre spécialité.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Les prestations suivantes sont-elles accessibles au médecin spécialiste en anesthésiologie lorsqu'elles sont effectuées hors de la narcose ?

257294 – 257305

Bronchoscopie sans prélèvement biopsique, et/ou bronchoscopie avec aspiration thérapeutique K 57

474051 – 474062

** Ponction fémorale, jugulaire ou du sinus longitudinal chez l'enfant de moins de sept ans K 10

474191 – 474202

** Ponction artérielle ou veineuse, après dénudation du vaisseau chez l'enfant de moins de sept ans K 12

474250 – 474261

** Tubage gastrique chez l'enfant de moins de sept ans K 8

474390 – 474401

Intubation trachéale sous laryngoscopie directe (en dehors de la narcose) chez le nouveau-né (jusqu'à l'âge de 15 jours), y compris la respiration artificielle éventuelle d'une durée ne dépassant pas une heure (non cumulable avec les prestations n^{os} 211013 - 211024 et 211035 - 211046 du chapitre réanimation) K 51

474456 - 474460

Mise en place d'un cathéter ombilical chez le nouveau-né en dehors de la narcose, non cumulable avec l'exsanguinotransfusion K 18

474294 - 474305

** Perfusion intraveineuse chez l'enfant de moins de sept ans K 15

REPONSE

Conformément aux dispositions de l'article 10, § 4, de la nomenclature des prestations de santé, le médecin spécialiste en anesthésiologie peut attester, à titre d'actes connexes, les prestations citées ci-dessus lorsqu'il les effectue en dehors de la narcose.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 10, § 4, (Prestations techniques médicales spéciales – Dispositions générales : prestations connexes), notamment les règles publiées sous la rubrique 501(02) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 11 (Algemene speciale verstrekkingen) van de nomenclatuur :

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Hoe moet het wegnemen in dezelfde operatiezitting van twee talgcysten, één aan de rechter- en één aan de linkerhand, worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Het wegnemen van een talgcyste aan de hand mag worden vergoed onder nr. 353231 - 353242 ° K 40. Indien tijdens dezelfde operatiezitting een cyste aan elke hand wordt weggenomen, bedraagt de vergoeding 353231 – 323242 ° K 40 +353231 – 353242 ° K40/2).

De woorden “volledige behandeling” moeten in die zin worden begrepen, dat het wegnemen of het uitroeien van een zelfde letsel slechts eenmaal wordt vergoed.

Als in een zelfde zitting verscheidene in een zelfde streek gegroepeerde letsels worden behandeld, mag de verstrekking nr. 353231 - 353242 slechts eenmaal per streek worden geattesteerd.

De verstrekking 353231 – 353242 mag niet als zodanig gehonoreerd worden wanneer ze wordt verricht door een geneesheer specialist voor dermato-venereologie.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Hoe moet de exeresis van een lipoma aan het schouderblad worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De exeresis van een lipoma aan het schouderblad moet worden getarifeerd onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumours van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Hoe moet een elektrocoagulatie van een invasieve of potentieel invasieve, hypermitotische celproliferatie van het rectum na dilatatie worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De verstrekking mag worden vergoed onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumours van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Hoe moet een bunionectomie, verricht ter hoogte van het gewricht van de grote teen, worden vergoed ?

ANTWOORD

De verstrekking moet worden getarifeerd onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumours van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Mag verstrekking 350055 - 350066 * Volledig opzoeken van allergeen door de methode der opeenvolgende tests, met syntheseverslag K 20 zo dikwijls worden aangerekend als er zittingen zijn ?

ANTWOORD

Aangezien in de omschrijving is vermeld dat het hier gaat om een volledig opzoeken, beoogt de verstrekking de volledige balans en derhalve is het uitgesloten verstrekking 350055 - 350066 per zitting of per reeks van tests te vergoeden.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Verdachte proliferaties op een litteken aan de basis van de vagina. Met de elektrische bistouri wordt met opeenvolgende spaanders een dikke massa langsheen de blaas weggesneden.

ANTWOORD

De verstrekking is opgenomen onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie) van allerhande oppervlakkige tumours van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40.

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

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Comment y a-t-il lieu de tarifier 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.

REGLE INTERPRETATIVE 4

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 tarifiée 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.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Comment tarifier 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.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Quel est le remboursement pour une bunionectomie au niveau de l'articulation du gros orteil ?

REPONSE

La prestation doit être tarifiée 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.

REGLE INTERPRETATIVE 7

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 tarifiée 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.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Proliférations 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.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Onder intubatie worden langs verschillende incisies, 10 afzonderlijke letsels in de schedelhuid verwijderd. (Het ging om granulomata annulara).

ANTWOORD

Het wegnemen van granulomen, gelegen in de schedelhuid, moet eenmaal worden getarifeerd onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumors van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Cryotherapie wegens gelijktijdige letsels van rechterhand en linker-voet. Mag nr. 353194 - 353205 °* K 5 + 353194 - 353205 °* K5/2 worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Verstreking nr. 353194 - 353205 °* K 5 mag slechts eenmaal per zitting worden aangerekend ongeacht het aantal behandelde letsels.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Doorboren op verscheidene plaatsen, met een elektrische bistouri, van de schors van beide eierstokken voor de behandeling van een hypertrofische sclerose (Stein-Leventhal). Voor de toegang is, in plaats van een brede laparotomie, een laparoscopie aangewend.

ANTWOORD

Het doorboren van de schors, van beide eierstokken met een elektrische bistouri onder laparoscopie, moet worden geattesteerd onder het nr. 432530 - 432541 Eierstokplastiek of myomectomie (myoom met een doorsnede van minder dan 2 cm) of behandeling van endometriose met pathologisch-anatomische bevestiging K 120.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

In geval van likdoorn boven een hygroma, verricht de geneesheer, nadat de likdoorn is weggenomen, de resectie van de slijmbeurs. Wat is de tarifiering ?

ANTWOORD

De resectie van een slijmbeurs moet worden getarifeerd onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumors van huid, of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40, met uitsluiting van de resecties van slijmbeurzen als dusdanig opgenomen in de nomenclatuur en die moeten dientengevolge worden geattesteerd op basis van hun eigen codenummer.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

Punctie van de crista iliaca.

ANTWOORD

De punctie van de crista iliaca wordt getarifeerd onder nr. 355692 – 355703 °* Punctie van hematopoïetisch orgaan, exclusief lever en milt K 10,5.

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Transpariële inspuiting van antibiotica in longholte.

ANTWOORD

De verstreking, die als dusdanig niet is opgenomen in de nomenclatuur mag worden gelijkgesteld met verstreking nr. 355434 – 355445 °* Punctie bij ascites of borstvliesontsteking K 10,5.

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Hoe moet de sternale biopsie worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De sternale biopsie moet worden geattesteerd onder nr. 355692 – 355703 °* Punctie van hematopoïetisch orgaan, exclusief lever en milt K 10,5.

REGLE INTERPRETATIVE 9

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.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Cryothérapie pour lésions simultanées de la main droite et du pied gauche. Peut-on tarifier 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.

REGLE INTERPRETATIVE 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.

REGLE INTERPRETATIVE 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.

REGLE INTERPRETATIVE 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.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Injection transpariële 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.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Comment faut-il tarifier 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.

INTERPRETATIEREGEL 16

VRAAG

Afname met naald van synovia voor biopsie.

ANTWOORD

De afname van gesloten synovia voor biopsie moet worden geattesteerd onder nr. 355390 – 355401 * Gewrichtspunctie met of zonder inspuiting van geneesmiddelen K 10.

INTERPRETATIEREGEL 17

VRAAG

Het komt soms voor dat pasgeborenen zeer omvangrijke serosanguineuze zwellingen hebben, die ofwel spontaan zijn ontstaan, ofwel zijn veroorzaakt door de werking van de zuignap en die een punctie vergen.

Die punctie wordt door de kinderarts verricht bij het ontslag uit de kraaminrichting, wanneer uit de evolutie blijkt dat de resolutie slechts zeer langzaam zal geschieden.

ANTWOORD

De punctie van een hematoom is niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Het honorarium voor de verstrekking is naar gelang van het geval, gedekt door het eventuele honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden of door het eventuele honorarium voor raadpleging of bezoek.

INTERPRETATIEREGEL 18

VRAAG

Mag de punctie van een lymfklier worden aangerekend onder nr. 355692 – 355703 * Punctie van hematopoïetisch orgaan, exclusief lever en milt K 10,5?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 355692 – 355703 * Punctie van hematopoïetisch orgaan, exclusief lever en milt K 10,5 beoogt de medullaire punctie van het sternum en van de crista iliaca.

De punctie van een lymfklier moet worden getarifeerd onder nr. 355331 – 355342 * Punctie van koud abces K 4.

INTERPRETATIEREGEL 19

VRAAG

Transthoracale punctie van het linkerventrikel, verricht onder echografische of fluoroscopische controle, voor meting van de druk in geval van stenose van de aortaklep.

ANTWOORD

De verstrekking moet worden geattesteerd onder nr. 355471 – 355482 * Punctie bij pericarditis, inclusief de eventuele insputingen en spoelingen, onder echografische of fluoroscopische controle K 41.

INTERPRETATIEREGEL 20

VRAAG

Mag een insputing die wordt verricht ter hoogte van de chondroster-nale junctie, worden vergoed als een intra-articulaire insputing?

ANTWOORD

Inspuitingen die niet in de gewrichten worden gegeven mogen niet worden geattesteerd.

Inspuitingen ter hoogte van de chondroster-nale junctie, mogen niet worden gelijkgesteld met intra-articulaire insputingen. Ze zijn gedekt door het eventuele honorarium voor raadpleging of door het eventuele honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende.

INTERPRETATIEREGEL 21

VRAAG

Inbrengen van een trocar in de blaas met aanleggen van een suprapubische drain.

ANTWOORD

Die ingreep is opgenomen onder nr. 355375 – 355386 * Blaaspunctie K 10,5.

INTERPRETATIEREGEL 22

VRAAG

Mag het bijkomend honorarium voor gebruik van lasermethode met uitsluiting van de YAG (355014 – 355025) aangerekend worden tijdens de uitvoering van sommige gynecologische verstrekkingen langs laparoscopische weg?

ANTWOORD

De verstrekking 355014 – 355025 mag ook geattesteerd worden voor het gebruik van een laser, met uitsluiting van de YAG, tijdens de uitvoering van de verstrekkingen 432530 – 432541, 432574 – 432585, 432596 – 432600, 432633 – 432644 of 432692 – 432703 langs laparoscopische weg. Inderdaad, deze verstrekkingen beantwoorden aan verstrekkingen verricht via laparotomie vermeld in de omschrijving van de verstrekking 355014 – 355025.

REGLE INTERPRETATIVE 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.

REGLE INTERPRETATIVE 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.

REGLE INTERPRETATIVE 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.

REGLE INTERPRETATIVE 19

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.

REGLE INTERPRETATIVE 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.

REGLE INTERPRETATIVE 21

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.

REGLE INTERPRETATIVE 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 attestée 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 laparoscopique. En effet, ces prestations correspondent aux prestations réalisées par laparotomie énumérées dans le libellé de la prestation 355014 – 355025.

INTERPRETATIEREGEL 23

VRAAG

Autopsieën die in de volgende gevallen worden uitgevoerd :

1. Mag een autopsie die buiten het ziekenhuis is verricht (bijvoorbeeld in een openbaar funerarium), worden geattesteerd en door de verzekering worden vergoed (als ze niet door een wetsdokter is verricht) : het onderzoek wordt uitgevoerd om de diagnose natuurlijke dood te kunnen stellen.

2. Een variante : als een patiënt niet in een ziekenhuis is opgenomen maar dood naar het ziekenhuis wordt gebracht, bijvoorbeeld omdat hij is overleden tijdens zijn overbrenging na een ongeval op de openbare weg, of als een in een ziekenhuis doodgeboren baby of een thuis overleden baby (wiegendood) voor een autopsie naar het ziekenhuis wordt gebracht.

ANTWOORD

Om te mogen worden geattesteerd, moet de verstrekking 350313-350324 beantwoorden aan de volgende omschrijving :

Schriftelijk verslag van een hospitalisatieperiode in een acuut bed in een algemeen ziekenhuis opgemaakt door een multidisciplinair medisch team ten behoeve van de hoofdgeneesheer, belast met de organisatie van de kwaliteitscontrole. Dit verslag omvat de diagnose bij de opname, het proces van diagnosestelling en behandeling en de definitieve hoofddiagnose met eventueel een bijkomende diagnose. De definitieve diagnose moet worden bevestigd door het verslag van een volledig post mortem onderzoek, dat is opgemaakt door een geneesheer-specialist voor anatomopathologie, en het macroscopisch en microscopisch onderzoek van ten minste het cardiovasculair, het pulmonair, het gastro-intestinaal en het urogenitaal systeem omvat, alsmede van andere organen die een relevante component vormen in de ziektegeschiedenis (minimum 15 afnamen) K 440.

Ze mag, voorzover de voormelde vergoedingscriteria zijn vervuld, worden vergoed in de volgende gevallen :

- 1) bij een doodgeboren kind;
- 2) bij een overleden pasgeborene;
- 3) bij een patiënt die na zijn opname is overleden;
- 4) bij een foetus die dood geboren is na de honderdtachtigste dag van de zwangerschap.

Als het gaat om een thuis doodgeboren baby wiens moeder na de bevalling in het ziekenhuis is opgenomen, mag de verstrekking 350324 niet worden geattesteerd.

Het protocol van het pathologisch-anatomisch onderzoek is maar een onderdeel van de verstrekking 350324 Schriftelijk verslag van een hospitalisatie-periode ... K 440. Dat protocol kan op zich geen aanleiding geven tot de vergoeding van de verstrekking 350324 K 440, die overeenstemt met een schriftelijk verslag van een hospitalisatieperiode, opgemaakt door een multidisciplinair medisch team.

Als de autopsie buiten het ziekenhuis wordt verricht, gaat het niet om een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende; bijgevolg mag de verstrekking 350313-350324 niet worden geattesteerd. Het ambulant codenummer 350313 is immers zinloos.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 12 (Anesthesiologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Myocardrevascularisatie met gebruik van een cardiaal zuigstabilisatiesysteem.

ANTWOORD

Volgende verstrekkingen mogen geattesteerd worden :

door de chirurg :

229611 - 229622

Myocardrevascularisatie uitgevoerd met een slagaderent (mammaria, gastroepiploica of geëxplanteerde slagader) inbegrepen de eventuele geassocieerde veneuze bypass(en) N 1890,

door de anesthesist :

201176 - 201180

Bijkomend honorarium voor de ingrepen op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten, met extracorporale circulatie of voor de verstrekkingen nrs. 318010 - 318021, 318054 - 318065 en 318076 - 318080 K 240.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 11 (Algemene speciale verstrekkingen) met name interpretatieregels gepubliceerd in de rubrieken 301 en 502 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, met uitzondering van de interpretatieregelen goedgekeurd door het Verzekeringscomité op 7 mei 2001.

REGLE INTERPRETATIVE 23

QUESTION

Autopsies pratiquées dans les cas suivants :

1. Une autopsie faite à l'extérieur de l'hôpital (par exemple dans un funerarium 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 ambulatorio 350313 est sans objet.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 12 (Anesthésiologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Revascularisation myocardique effectuée avec un système de stabilisation cardiaque par ventouse.

REPONSE

Les prestations suivantes peuvent être attestées :

par le chirurgien :

229611 - 229622

Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s) N 1890,

par l'anesthésiste :

201176 - 201180

Honoraires complémentaires pour les interventions sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extra-corporelle ou pour les prestations n°s 318010 - 318021, 318054 - 318065 et 318076 - 318080 K 240.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 11 (Prestations spéciales générales), notamment des règles publiées sous les rubriques 301 et 502 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des règles interprétatives approuvées par le Comité de l'assurance le 7 mai 2001.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 13 (reanimatie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Mag verstrekking nr. 475016 - 475020 ** Elektrische defibrillatie van het hart inclusief de electrocardiografische controle tijdens de bewerking K 50 worden aangerekend in geval van ingreep met open thorax ?

ANTWOORD

Naar analogie van verstrekking nr. 212111 - 212122 Elektrische defibrillatie van het hart in geval van circulatiestilstand en/of elektrostimulatie van het hart door uitwendige hartprikelaar, inclusief de electrocardiografische controle, buiten de ingrepen met open thorax en de verstrekkingen 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 - 229180, N 96, mag verstrekking nr. 475016 - 475020 niet worden geattesteerd in geval van ventriculaire defibrillatie tijdens de ingreep met open thorax.

De voornoemde interpretatieregels is van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangt de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 13 (reanimatie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 504 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, a) (Algemene heilkunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Welke tarifiering moet voor de volgende verstrekking worden toegepast : Wegnemen van een diepe goedaardige tumor uit weke delen (bv. aan de vetlaag, aan de aponeurosen, aan het spierweefsel) ?

ANTWOORD

Het wegnemen van een diepe goedaardige tumor uit weke delen is niet als dusdanig opgenomen in de nomenclatuur.

Inzake tarifiering moet een tumor als diep of oppervlakkig worden beschouwd naargelang hij zich boven of onder de aponeurose bevindt.

Derhalve mag het wegnemen van een oppervlakkige tumor naar gelang van het geval worden geattesteerd :

- 353231 - 353242°

Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé (heilkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumoren, van huid of slijmvlies of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40

- 220150 - 220161

Heelkundige bewerking wegens goedaardige of kwaadaardige oppervlakkige tumoren of niet traumatische letsels aan gelaat of lippen K 30.

Het wegnemen van een diepe tumor mag worden geattesteerd :

- 220231 - 220242

Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels K 75

- 220253 - 220264

Volledige heelkundige behandeling van diepliggende phlegmone K 50

- 220275 - 220286

Exeresis van onder de aponeurose gelegen expansieve tumoren uit de weke delen K 180.

- 220334 - 220345

Heelkundige bewerking wegens expansieve diepe tumoren of letsels aan gelaat of lippen die brede resectie vergt, inclusief plastiek K 180

- 220312 - 220323

Heelkundige bewerking wegens diepe tumoren of letsels aan het gelaat of lippen, exclusief huidletsels K 120.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Hoe moet het uitsnijden van een diepliggend en geënkysteerd hematoom in de voorzijde van de brachiale spier worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Het uitsnijden van een diepliggend en geënkysteerd hematoom in de voorzijde van de brachiale spier moet worden geattesteerd onder nr. 220231 - 220242 Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels K 75.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 13 (réanimation) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La prestation 475016 - 475020 ** Défibrillation électrique du coeur, y compris le contrôle électrocardiographique pendant l'intervention K 50 peut-elle être portée en compte en cas d'intervention à thorax ouvert ?

REPONSE

Par analogie à la prestation 212111 - 212122 Défibrillation électrique du coeur en cas d'arrêt circulatoire et/ou électrostimulation du coeur par pace-maker externe, y compris le contrôle électrocardiographique, en dehors des interventions à thorax ouvert et des prestations 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 - 229180, N 96, la prestation 475016 - 475020 ne peut être attestée en cas de défibrillation ventriculaire au cours d'une intervention à thorax ouvert.

La règle interprétative précitée est d'application le jour de sa publication au *Moniteur belge* et remplace la règle interprétative publiée à ce jour concernant l'article 13 (réanimation), notamment la règle publiée sous la rubrique 504 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, a) (Chirurgie générale) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Quelle tarification appliquer pour la prestation suivante : Enlèvement d'une tumeur bénigne profonde des parties molles, par exemple au niveau des tissus graisseux, des aponeuroses, des tissus musculaires ?

REPONSE

L'enlèvement de tumeur bénigne profonde des parties molles n'est pas prévu comme tel à la nomenclature.

En matière de tarification, une tumeur doit être considérée comme profonde ou superficielle, selon qu'elle est située au-dessus ou en-dessous de l'aponévrose.

Dans ces conditions, l'enlèvement d'une tumeur superficielle pourra être attesté selon le cas :

- 353231 - 353242°

Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale ou 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

- 220150 - 220161

Intervention chirurgicale pour tumeurs ou lésions non traumatiques de la face ou des lèvres, bénignes ou malignes superficielles K 30.

Tandis que l'enlèvement d'une tumeur profonde pourra être attesté :

- 220231 - 220242

Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus K 75

- 220253 - 220264

Cure chirurgicale de phlegmon profond K 50

- 220275 - 220286

Exérèse de tumeurs expansives situées sous l'aponévrose dans les parties molles K 180

- 220334 - 220345

Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes expansives ou lésions de la face ou des lèvres, nécessitant résection large, plastique comprise K 180

- 220312 - 220323

Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes ou lésions de la face ou des lèvres, à l'exclusion des lésions cutanées K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Comment convient-il de tarifier l'excision d'un hématome profond et enkysté à l'intérieur du muscle brachial antérieur ?

REPONSE

L'excision d'un hématome profond et enkysté à l'intérieur du muscle brachial antérieur doit être attestée sous le n° 220231 - 220242 Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus K 75.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Wegnemen van een drain die tijdens een cholecystectomie is geplaatst. Hoe moet in dat geval het honorarium van de heekundige en dat van de anesthesist worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Het wegnemen van een drain die tijdens een cholecystectomie is geplaatst, wordt niet bij het voor de ingreep vastgestelde honorarium bijvergoed. Het gaat om postoperatieve verzorging die begrepen is in het voor de cholecystectomie vastgestelde honorarium.

De algemene anesthesie die door de geneesheer, specialist voor anesthesie wordt verricht moet worden geattesteerd onder het codenummer 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige insputingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Wat moet worden verstaan onder "expansieve tumoren" in het kader van de volgende verstrekkingen die als voorbeeld zijn genomen :

220275 - 220286

Exerisis van onder de aponeurose gelegen expansieve tumoren uit weke delen K 180

220334 - 220345

Heelkundige bewerking wegens expansieve diepe tumoren of letsels aan het gelaat of lippen die brede resectie vergt, inclusief plastiek K 180

220312 - 220323

Heelkundige bewerking wegens diepe tumoren of letsels aan het gelaat of lippen, exclusief huidletsels K 120

ANTWOORD

Onder "expansieve tumoren" wordt verstaan de invasieve of potentieel invasieve hypermitotische celproliferaties.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Interne en externe fasciotomie van linkerdij over de gehele lengte wegens gasgangreen of septische cellulitis.

ANTWOORD

De verstrekking moet worden geattesteerd onder nr. 220253 - 220264 Volledige heelkundige behandeling van diepliggende flegmone K 50.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Hoe moet een elektrocoagulatie van een invasieve of potentieel invasieve hypermitotische celproliferatie van het rectum na dilatatie worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De verstrekking mag worden vergoed onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumors van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Decompressieve fasciotomie van het been na diafysebreuk en kneuzing van het zachte weefsel dat zo'n ernstig oedeem veroorzaakt dat de goede vascularisatie van het lidmaat in gevaar komt, of decompressieve fasciotomie ter hoogte van het bovenste lidmaat na een trauma van de elleboog ten gevolge waarvan het optreden van een Volkmann wordt gevreesd.

ANTWOORD

De decompressieve fasciotomie van het been of ter hoogte van het bovenste lidmaat moet worden geattesteerd onder nr. 220253 - 220264 Volledige heelkundige behandeling van diepliggende flegmone K 50.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 14, a) (Algemene heekunde) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 505(01) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Enlèvement de mèche placée lors d'une cholécystectomie. Dans ce cas, comment tarifier les honoraires du chirurgien et ceux de l'anesthésiste ?

REPONSE

L'enlèvement d'une mèche placée lors d'une cholécystectomie n'est pas remboursé en supplément des honoraires prévus pour l'intervention. Il s'agit de soins post-opératoires qui sont compris dans les honoraires fixés pour la cholécystectomie.

L'anesthésie générale effectuée par le médecin spécialiste en anesthésiologie doit être attestée sous le numéro de code 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Que faut-il entendre par «tumeurs expansives» dans le cadre des prestations suivantes, prises à titre d'exemples :

220275 - 220286

Exérèse de tumeurs expansives situées sous l'aponévrose dans les parties molles K 180

220334 - 220345

Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes expansives ou lésions de la face ou des lèvres, nécessitant résection large, plastique comprise K 180

220312 - 220323

Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes ou lésions de la face ou des lèvres, à l'exclusion des lésions cutanées K 120.

REPONSE

On entend par «tumeurs expansives», les proliférations cellulaires hypermitotiques invasives ou potentiellement invasives.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Fasciotomie interne et externe de la cuisse gauche sur toute la longueur pour gangrène gazeuse ou cellulite septique.

REPONSE

La prestation doit être attestée sous le n° 220253 - 220264 Cure chirurgicale de phlegmon profond K 50.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Comment tarifier 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.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Fasciotomie décompressive de la jambe après fracture diaphysaire et contusion du tissu mou, entraînant un oedème tel qu'il compromet la bonne vascularisation du membre ou fasciotomie décompressive au niveau du membre supérieur après un traumatisme du coude faisant craindre l'apparition d'un Volkmann.

REPONSE

La fasciotomie décompressive de la jambe ou au niveau du membre supérieur doit être attestée sous le numéro 220253 - 220264 Cure chirurgicale de phlegmon profond K 50.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, a) (Chirurgie générale), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(01) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, c) (Plastische heekunde) van de nomen-clatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Een hypotrofie van de borstklieren moet om psychiatrische redenen met plastische heekunde worden behandeld. Mag de plastische heekundige bewerking op de borsten (aanbrengen van borstprothesen) worden vergoed ?

ANTWOORD

De ingreep wegens borsthypotrofie is niet opgenomen in de nomen-clatuur van de geneeskundige verstrekkingen en mag niet worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Implanten van haar.

ANTWOORD

Voor het inplanten van haar mag geen verzekeringstegemoetkoming worden verleend.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Hoe wordt de ingreep "Borstplastiek wegens borsthypertrofie die functionele hinder veroorzaakt", codenummer 251613 – 251624, ver-richt op beide borsten tijdens dezelfde operatiezitting, getarifeerd ?

ANTWOORD

Aangezien in de omschrijving is vermeld "per borst" gaat het om een uitzondering op de regel van de opereerstreken die is vermeld in artikel 15, § 4, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en moet de verstrekking 251613 – 251624 tweemaal aan 100 % worden getarifeerd.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 14, c) (Plastische heekunde) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 505(03) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

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

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Divertikel van het coecum, resectie van een divertikelvorming van het coecum, dubbele innaaistreek, ringsluiting met trinyl en innaaien, met serosereuze steken, van de resectiestreek.

Mag nr. 243250 - 243261 Wegnemen van Meckels divertikel N 250 worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De resectie van een divertikelvorming van het coecum moet worden geattesteerd onder nr. 243250 - 243261 Wegnemen van Meckels divertikel N 250.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Wat is het honorarium voor het uitwendig heekundig draineren van verscheidene abcessen op het pancreascorpus en de pancreascauda na acute pancreatitis ?

ANTWOORD

De uitgevoerde verstrekking moet worden gelijkgesteld met verstrekking nr. 243655 - 243666 Insnijden en draineren, langs abdominale weg, van een subfrenisch of subhepatisch abces N 300.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Resectie van een middenrifstumor met middenrifplastiek.

ANTWOORD

Als de verstrekking langs thoracale of thoraco-abdominale weg wordt uitgevoerd, moet ze door gelijkstelling worden geattesteerd onder nummer 227135 - 227146 Middenrifs- of hiatushernia of middenrifs- of hiatusventratie, langs thoracale of thoraco-abdominale weg N 500.

Indien ze langs abdominale weg wordt verricht, moet ze door gelijkstelling worden geattesteerd onder nr. 241032 - 241043 Middenrifs- of hiatushernia langs abdominale weg door sutuur van de crura of door fundoplicatuur N 500.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, c) (Chirurgie plastique) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Une hypotrophie des glandes mammaires doit être traitée par chirurgie plastique pour raison psychiatrique. L'intervention chirurgicale plastique des seins (pose de prothèses mammaires), peut-elle être remboursée ?

REPONSE

L'intervention pour hypotrophie mammaire n'est pas prévue à la nomenclature des prestations de santé et ne peut pas être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Implantation de cheveux.

REPONSE

L'implantation de cheveux ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Comment faut-il tarifier l'intervention "Plastie d'un sein pour hypertrophie mammaire entraînant une gêne fonctionnelle" numéro de code 251613 – 251624, sur les deux seins au cours de la même séance opératoire ?

REPONSE

Etant donné que le libellé précise "par sein", il s'agit d'une exception à la règle des champs opératoires, prescrite par l'article 15, § 4, de la nomenclature des prestations de santé et la prestation 251613 – 251624 doit être tarifée deux fois à 100 %.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, c) (Chirurgie plastique), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(03) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

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

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Diverticule du caecum, résection d'une formation diverticulaire du caecum, double point d'enfouissement, fermeture en boucle en trinyl, enfouissement par des points séro-séreux de la zone de résection.

Peut-on tarifier 243250 - 243261 Ablation du diverticule de Meckel N 250 ?

REPONSE

La résection d'une formation diverticulaire du caecum doit être attestée sous le n° 243250 - 243261 Ablation du diverticule de Meckel N 250.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Quels sont les honoraires pour le drainage chirurgical externe d'abcès multiples du corps et de la queue du pancréas consécutifs à une pancréatite aiguë ?

REPONSE

La prestation effectuée doit être assimilée à la prestation 243655 - 243666 Incision et drainage par voie abdominale, d'un abcès sous-phrénique ou sous-hépatique N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Résection d'une tumeur du diaphragme avec plastie du diaphragme.

REPONSE

Si la prestation est effectuée par voie thoracique ou thoraco-abdominale, elle doit être attestée par assimilation, sous le n° 227135 - 227146 Hernie ou éventration diaphragmatique ou hiatale par voie thoracique ou thoraco-abdominale N 500.

Si elle est effectuée par voie abdominale, elle doit être attestée par assimilation sous le n° 241032 - 241043 Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale par suture des piliers ou fundoplicature N 500.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Door een incisie in de liesstreek werden alle palpabele klieren verwijderd, alsmede de cellulaire lamina die de fascia cribriformis bedekt.

Gezien het goedaardig karakter van de klieren werd erop gelet ze te verwijderen zonder de vena saphena te kwetsen.

ANTWOORD

Ermee rekening houdende dat er geen eigenlijke klieruitruiming heeft plaatsgehad, moet het verwijderen van de liesklieren worden geattesteerd onder nr. 220356 - 220360 Exeresis van ganglion K 40.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Dilatatie van een stenoserende reactie ongeveer 5 cm boven de aars, bij iemand die is geopereerd wegens invasieve of potentieel invasieve hypermitotische celproliferatie van het rectum en niet ter verpleging is opgenomen.

ANTWOORD

De dilatatie van een stenoserende reactie ongeveer 5 cm boven de aars, moet door gelijkstelling worden geattesteerd onder nummer 244532 - 244543 Aarsdilatatie onder algemene anesthesie, geïsoleerde verstrekking N 40. Die verstrekking is slechts vergoedbaar indien ze is verricht onder algemene anesthesie, in een verplegingsinrichting en als geïsoleerde verstrekking.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Ingrep voor intestinale exclusie wegens pathologische zwaarlijvigheid :

— doorsnijden van de dunne darm op 30 cm van de hoek van Treitz en termino-terminale anastomose met de laatste 30 cm van het ileum.

ANTWOORD

De ingrep moet worden geattesteerd onder nr. 243272 - 243283 Entero-anastomose N 300.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Polaire gastrectomie bovenaan met daarmee gepaard gaande pyloroplastiek.

ANTWOORD

De ingrep moet worden geattesteerd onder nr. 241474 - 241485 Subtotale gastrectomie N 500 als ze langs abominale weg wordt verricht of onder nr. 228012 - 228023 Thoracale of thoraco-abdominale oesofagectomie of gastro-oesofagectomie in één operatietijd N 800 als ze door thoracofrenolaparotomie wordt verricht.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Totale gastrectomie door oesofago-pylorostomie.

ANTWOORD

Het gaat hier niet om een totale gastrectomie maar om een subtotale gastrectomie die moet worden getarifeerd onder nr. 241474 - 241485 Subtotale gastrectomie N 500.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Oesofago-jejunostomie voor maagexclusie langs thoraco-abdominale weg.

ANTWOORD

Het gaat om een heelkundige bewerking die niet als dusdanig is opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Ze moet worden geattesteerd onder nr. 243272 - 243283 Entero-anastomose N 300.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Sectie van de aarssfincter.

ANTWOORD

De sectie van de gladde aarssfincter moet worden geattesteerd onder nr. 244510 - 244521 Resectie van aarskloof N 90.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Verwijderen van een resterende cystische stomp na een vroegere cholecystectomie.

ANTWOORD

Die verstrekking moet worden geattesteerd onder nr. 242454 - 242465 Cholecystectomie N 350 of onder nr. 244775 - 244786 Laparoscopische cholecystectomie N 350 of onder nr. 242476 - 242480 Cholecystectomie met peroperatoire cholangiografie N 400, naar gelang van het geval.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Par incision inguinale, on a enlevé tous les ganglions palpables ainsi que la lame cellulaire recouvrant le fascia cribriformis.

Etant donné la bénignité des ganglions, on s'est efforcé de les enlever sans l ser la veine saphène.

REPOSE

Tenant compte qu'il n'y a pas eu d'évidement ganglionnaire proprement dit, l'enlèvement des ganglions inguinaux doit être attesté sous le né 220356 - 220360 Exérèse ganglionnaire K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Dilatation d'une réaction sténosante à environ 5 cm au-dessus de l'anus chez un patient non hospitalisé, opéré pour une prolifération cellulaire hypermitotique invasive ou potentiellement invasive située dans le rectum.

REPOSE

La dilatation d'une réaction sténosante située à environ 5 cm au-dessus de l'anus doit être attestée par assimilation sous le numéro 244532 - 244543 Dilatation anale sous anesthésie générale, prestation isolée N 40. Cette prestation n'est remboursable que si elle a été faite sous anesthésie générale, en milieu hospitalier et comme prestation isolée.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Intervention d'exclusion intestinale pour obésité pathologique :

— section de l'intestin grêle à 30 cm de l'angle de Treitz et anastomose termino-terminale avec les derniers 30 cm de l'iléon.

REPOSE

L'intervention doit être attestée sous le né 243272 - 243283 Entéro-anastomose N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Gastrectomie polaire supérieure avec pyloroplastie associée.

REPOSE

L'intervention doit être attestée 241474 - 241485 Gastrectomie subtotale N 500 si elle est pratiquée par voie abdominale ou 228012 - 228023 Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps N 800 si elle est pratiquée par thoraco-phr no-laparotomie.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Gastrectomie totale par oesophago-pylorostomie.

REPOSE

Il ne s'agit pas en l'occurrence d'une gastrectomie totale mais d'une gastrectomie subtotale qui est à tarifer sous le né 241474 - 241485 Gastrectomie subtotale N 500.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Oesophago-jéjunostomie d'exclusion gastrique par voie thoraco-abdominale.

REPOSE

Il s'agit d'une intervention chirurgicale qui n'est pas prévue comme telle à la nomenclature des prestations de santé. Elle doit être attestée sous le né 243272 - 243283 Entéro-anastomose N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Section du sphincter anal.

REPOSE

La section du sphincter anal lisse doit être attestée sous le né 244510 - 244521 Résection de fissure anale N 90.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Ablation d'un moignon cystique restant après une cholécystectomie antérieure.

REPOSE

Cette prestation doit être attestée sous le né 242454 - 242465 Cholécystectomie N 350 ou sous le né 244775 - 244786 Cholécystectomie laparoscopique N 350 ou sous le n  242476 - 242480 Chol cystectomie avec cholangiographie perop ratoire N 400, selon le cas.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

Huidjejunostomie.

ANTWOORD

De huidjejunostomie moet worden geattesteerd onder nr. 243191 - 243202 Laterale ileo- of colostomie N 200.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

Hoe dient een ano-rectale myomectomie getarifeerd te worden ?

ANTWOORD

Die verstrekking moet aangerekend worden onder nummer 244510 - 244521 Resectie van aarskloof N 90.

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Hoe moet de volgende ingreep worden geattesteerd ?

Transversale colectomie en colectomie links en amputatie van het rectum met behoud van de sfincter wegens ziekte van Hirschsprung en omkering van het colon rechts (techniek van Deloyer) voor transanaal retrorectaal neerhalen (techniek van Duhamel) ?

ANTWOORD

De ingreep die in één bewerking wordt verricht, moet worden geattesteerd onder nr. 243014 - 243025 Totale proctocolectomie of totale colectomie met rectale mucosectomie en modelleren van een ileumreservoir met of zonder proximale ileostomie N 800.

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Resectie van het distaal gedeelte van het duodenum na vrijmaken van de arteria mesenterica.

ANTWOORD

De ingreep moet worden geattesteerd onder nr. 243235 - 243246 Segmentaire resectie van de dunne darm N 375.

INTERPRETATIEREGEL 16

VRAAG

Heelkundige correctie van anale incontinentie

1° - door overplanting van de musculus gracilis (techniek van Pickrell)

2° - langs sacrale weg door middel van een plicatuur van de musculus pubo-rectalis.

ANTWOORD

Er dient als volgt te worden geattesteerd :

- 244392 - 244403

Refectie van de sphincter ani wegens incontinentie (oude scheur of heringreep) buiten de verlossing N 375.

- 244171 - 244182

Hechten van de hefspieren wegens rectumprolaps N 300.

INTERPRETATIEREGEL 17

VRAAG

Hoe moet het herstellen van een ruptuur van het diafragma die bestaat uit een hechting van de cupula, die is verricht naar aanleiding van een laparotomie, worden geattesteerd ?

ANTWOORD

Het hechten van de scheur van het diafragma moet worden geattesteerd onder nr. 243596 - 243600 Laparotomie wegens hemorrhagie N 300; indien het hechten geschiedt langs thoracale of thoraco-abdominale weg, mag verstrekking nr. 227135 - 227146 Middenrijs- of hiatushernia of middenrijs- of hiatusventratie, langs thoracale of thoraco-abdominale weg N 500 worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 18

VRAAG

Hoe moet de operatieve handeling die is opgenomen onder het codenummer 244635 - 244646 Uitsnijden van een aarsabces, onder algemene anesthesie N 75 worden begrepen ? Hoe moet die omschrijving, vergeleken met het codenummer 112276 - 112280 Insnijden van aarsabces K 6 worden begrepen ?

Mag het codenummer 145574 - 145585 Insnijden van oppervlakkige phlegmone of van anthrax K 10 worden toegepast op de anale streek ?

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Jéjunostomie cutanée.

REPONSE

La jéjunostomie cutanée doit être attestée sous le n° 243191 - 243202 Iléo- ou colostomie latérale N 200.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Comment faut-il tarifer une myomectomie ano-rectale ?

REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le numéro 244510 - 244521 Résection de fissure anale N 90.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Comment faut-il attester l'intervention suivante :

Colectomie transverse plus gauche et amputation du rectum avec conservation du sphincter pour maladie de Hirschsprung plus retournement du côlon droit (technique de Deloyer) pour abaissement rétrorectal transanal (technique de Duhamel) ?

REPONSE

L'intervention pratiquée en un temps doit être attestée sous le n° 243014 - 243025 Proctocolectomie totale ou colectomie totale avec mucosectomie rectale et construction d'un réservoir iléal avec ou sans iléostomie proximale N 800.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Résection de la partie distale du duodénum après décroisement de l'artère mésentérique.

REPONSE

L'intervention doit être attestée sous le n° 243235 - 243246 Résection segmentaire du grêle N 375.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

Correction chirurgicale d'une incontinence anale

1° - par transplantation du muscle droit interne (technique de Pickrell)

2° - par voie sacrée à l'aide d'une plicature du muscle recto-pubien.

REPONSE

Il y a lieu d'attester comme suit :

- 244392 - 244403

Réfection du sphincter anal pour incontinence (déchirure ancienne ou réintervention) en dehors de l'accouchement N 375.

- 244171 - 244182

Suture des releveurs pour prolapsus rectal N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Comment faut-il attester la réparation d'une rupture diaphragmatique consistant en une suture de la coupole pratiquée à l'occasion d'une laparotomie ?

REPONSE

La suture de la déchirure du diaphragme est à attester sous le n° 243596 - 243600 Laparotomie pour hémorragie N 300; si la suture est faite par voie thoracique ou thoraco-abdominale, la prestation 227135 - 227146 Hernie ou éventration diaphragmatique ou hiatale par voie thoracique ou thoraco-abdominale N 500 peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Que vise le geste opératoire repris sous le numéro de code 244635 - 244646 Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75 ? Comment faut-il comprendre cet intitulé par rapport au code 112276 - 112280 Incision d'abcès de l'anus K 6 ?

Le code 145574 - 145585 Incision de phlegmon superficiel ou d'anthrax K 10 est-il applicable à la région anale ?

ANTWOORD

Als in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen een specifiek nummer is opgenomen, moet dat nummer worden geattesteerd.

De verstrekking 112276 - 112280 Insnijden van aarsabces K 6 beoogt het draineren van een onderhuids abces, via een eenvoudige insnijding en onder plaatselijke of regionale anesthesie.

De verstrekking 244635 - 244646 Uitsnijden van een aarsabces, onder algemene anesthesie N 75 daarentegen heeft betrekking op de complexe behandeling van een inflammatoir letsel, die een algemene anesthesie vergt en bestaat in een resectie van de necrotische of fibreuze weefsels en eventueel van de abceswand.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 14,d) (Heelkunde op het abdomen) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 505(04) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, e) (Heelkunde op de thorax) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Onder welk nummer moet de catheterisatie van de ductus thoracicus worden geattesteerd ?

ANTWOORD

De catheterisatie van de ductus thoracicus moet worden geattesteerd onder nr. 257154 - 257165 Heelkundige bewerking op cervicale sympathicusketen, eenzijdig K 180.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Wegnemen van stimulatordoos van hartprikkelaar zonder vervanging.

ANTWOORD

Al naargelang de doos boven of onder de aponeurose werd geplaatst, moet ofwel het nummer 145515 - 145526 Verwijderen van supraponeurotische vreemde lichamen dat insnijding in weefsels vergt, exclusief de vreemde lichamen uit de oogbol K 20, of het nummer 220231 - 220242 Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels K 75 worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Bij een patiënte die de heelkundige bewerking van Halsted heeft ondergaan, moet men 's anderendaags opnieuw ingrijpen wegens een belangrijke postoperatieve bloeding.

Onder algemene narcose wordt de wonde opnieuw opengemaakt, worden de bloedklonters verwijderd, de hemostase verzekerd en de wonde opnieuw gehecht.

ANTWOORD

Op grond van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen mag alleen nr. 148131 - 148142 Hechten met draad van andere wonden dan die van het gelaat, waarbij de resectie van necrotische weefsels en/of de hemostase van de onderhuidse weefsels door onderbinden nodig is : één of twee wonden K 20, worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Hoe moet het herstellen van een ruptuur van het diafragma die bestaat uit een hechting van de cupula, die is verricht naar aanleiding van een laparotomie, worden geattesteerd ?

ANTWOORD

Het hechten van de scheur van het diafragma moet worden geattesteerd onder nr. 243596 - 243600 Laparotomie wegens hemorrhagie N 300; indien het hechten geschiedt langs thoracale of thoraco-abdominale weg, met verstrekking nr. 227135 - 227146 Middenrijs- of hiatushernia of middenrijs- of hiatusventratie langs thoracale of thoracoabdominale weg N 500 worden geattesteerd.

REPOSE

Lorsqu'un numéro spécifique est prévu à la nomenclature des prestations de santé, c'est ce numéro qui doit être attesté.

La prestation 112276 - 112280 Incision d'abcès de l'anus K 6 vise le drainage d'un abcès sous-cutané par incision simple et sous anesthésie loco-régionale.

Par contre, la prestation 244635 - 244646 Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale N 75 concerne le traitement complexe d'une lésion inflammatoire nécessitant une anesthésie générale et consistant en une résection des tissus nécrotiques et fibreux et éventuellement de la coque.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, d) (Chirurgie abdominale), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(04) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, e) (Chirurgie thoracique) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Sous quel numéro y a-t-il lieu d'attester la cathétérisation du canal thoracique ?

REPOSE

La cathétérisation du canal thoracique doit être attestée sous le n° 257154 - 257165 Intervention sur la chaîne sympathique cervicale unilatérale K 180.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Enlèvement de boîtier stimulateur de pace-maker sans remplacement.

REPOSE

Selon que le boîtier était placé au-dessus ou en-dessous de l'aponévrose, il y a lieu d'attester soit le numéro 145515 - 145526 Extraction de corps étrangers sus-aponévrotiques, nécessitant incision des tissus, à l'exclusion des corps étrangers du globe oculaire K 20, soit le n° 220231 - 220242 Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus K 75.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Chez une patiente qui a subi une intervention chirurgicale de Halsted, on doit intervenir à nouveau le lendemain pour hémorragie post-opératoire importante.

Sous narcose générale, la plaie a été réouverte, les caillots de sang enlevés, l'hémostase effectuée et la plaie suturée à nouveau.

REPOSE

Sur base de la nomenclature des prestations de santé, seul le n° 148131 - 148142 Suture par fils de plaies autres que celles de la face nécessitant la résection des tissus nécrotiques et/ou l'hémostase des tissus sous-cutanés, par ligature : une ou deux plaies K 20 peut être attesté.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Comment faut-il attester la réparation d'une rupture diaphragmatique consistant en une suture de la coupole pratiquée à l'occasion d'une laparotomie ?

REPOSE

La suture de la déchirure du diaphragme est à attester sous le n° 243596 - 243600 Laparotomie pour hémorragie N 300; si la suture est faite par voie thoracique ou thoraco-abdominale, la prestation 227135 - 227146 Hernie ou éventration diaphragmatique ou hiatale par voie thoracique ou thoraco-abdominale N 500 peut être attestée.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Myocardrevascularisatie met gebruik van een cardiaal zuigstabilisatiesysteem.

ANTWOORD

Volgende verstrekkingen mogen geattesteerd worden :

door de chirurg :

229611 - 229622

Myocardrevascularisatie uitgevoerd met een slagaderent (mammaria, gastroepiploica of geëxplanteerde slagader) inbegrepen de eventuele geassocieerde veneuze bypass(en) N 1890,

door de anesthesist :

201176 - 201180

Bijkomend honorarium voor de ingrepen op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten, met extracorporale circulatie of voor de verstrekkingen nrs. 318010 - 318021, 318054 - 318065 en 318076 - 318080 K 240.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 14, e) (Heelkunde op de thorax) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 505(05) van de interpretatieregels van de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, f) (Bloedvatenheelkunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Hoe moeten de twee volgende ingrepen worden getarifeerd : de eerste bestaat uit het onderbinden van de dorsale slagaders van de penis, de tweede in een anastomose tussen het corpus cavernosum en het corpus spongiosum langs perineale weg ?

ANTWOORD

Er moet ofwel onder nr. 235056 - 235060 Onderbinden of arteriëctomie van de arteria brachialis, mamma interna, facialis, lingualis, temporalis of glutaee N 150 ofwel onder nr. 262054 - 262065 Heelkundige behandeling van priapisme door spongio-caverneuse anastomose K 180 worden geattesteerd, in geval van anastomose tussen het corpus cavernosum en het corpus spongiosum langs perineale weg.

Indien beide ingrepen in dezelfde operatiezitting worden verricht, mag één enkele ingreep worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Enten van Sparks : de ent wordt door twee of drie incisies in haar bedding geplaatst, bij voorbeeld tussen de driehoek van Scarpa en de knieholte of tussen de aorta abdominalis en de knieholte.

Vijf à zeven weken na het plaatsen heeft het organisme de ent opgenomen en kunnen de vasculaire verbindingen tot stand worden gebracht.

Hoe moet de anesthesie die in de eerste tijd wordt verricht (bij het plaatsen van de ent), worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Met betrekking tot de honoraria van de chirurg dekt de verstrekking nr. 235093 - 235104 Revascularisatie van een slagader van de ledematen door endarteriëctomie, endoaneurysmorrhafie, pontage of resectie met enten of anastomose N 500, de ganse ingreep, ongeacht of deze in één of meer tijden wordt verricht.

De anesthesie die wordt verricht voor het plaatsen van de ent moet worden geattesteerd onder nr. 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

De anesthesie die wordt verricht voor de revascularisatie, moet worden geattesteerd onder nr. 200130 - 200141 Anesthesie verricht tijdens een verstrekking gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 300 of N 500 of I 500 en hoger dan K 270 of N 450 of I 450, K 129.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Revascularisation myocardique effectuée avec un système de stabilisation cardiaque par ventouse.

REPONSE

Les prestations suivantes peuvent être attestées :

par le chirurgien :

229611 - 229622

Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s) N 1890,

par l'anesthésiste :

201176 - 201180

Honoraires complémentaires pour les interventions sur le coeur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extra-corporelle ou pour les prestations n°s 318010 - 318021, 318054 - 318065 et 318076 - 318080 K 240.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, e) (Chirurgie thoracique), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(05) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, f) (Chirurgie des vaisseaux) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Comment tarifier les deux interventions suivantes qui consistent l'une en la ligature des artères dorsales de la verge, l'autre en une anastomose entre le corps caverneux et le corps spongieux par voie périnéale ?

REPONSE

Il y a lieu d'attester soit le n° 235056 - 235060 Ligature ou artériectomie de l'artère humérale, mammaire interne, faciale, linguale, temporale ou fessière N 150 soit le n° 262054 - 262065 Cure chirurgicale de priapisme par anastomose spongio-caverneuse K 180 en cas d'anastomose entre le corps caverneux et le corps spongieux par voie périnéale.

Si les deux interventions sont pratiquées au cours de la même séance opératoire, une seule intervention peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Grefe de Sparks : la greffe est disposée, par deux ou trois incisies, dans son lit, par exemple entre le triangle de Scarpa et le creux poplité, ou entre l'aorte abdominale et le creux poplité.

Cinq à sept semaines après ce placement, l'organisme a colonisé la greffe et les connexions vasculaires peuvent être établies.

Comment faut-il tarifier l'anesthésie effectuée lors du premier temps opératoire (placement de la greffe) ?

REPONSE

En ce qui concerne les honoraires du chirurgien, la prestation 235093 - 235104 Revascularisation d'une artère des membres par endartérectomie, endoanévrismorrhafie, pontage ou résection, avec greffe ou anastomose N 500 couvre toute l'intervention, que celle-ci soit faite en un ou plusieurs temps.

L'anesthésie effectuée lors de la mise en place de la greffe doit être attestée sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

L'anesthésie réalisée lors de la revascularisation doit être attestée sous le numéro 200130 - 200141 Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 500 et supérieure à K 270 ou N 450 ou I 450, K 129.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

1° Het wegnemen van de vena saphena om ze te plaatsen onder de huid van de voorarm, ten einde een verbinding te vormen enerzijds met de arteria brachialis, anderzijds met een vena om een arteriove-neuze fistel te bekomen, bestemd voor de dialyse.

2° Het wegnemen van een uitwendige shunt (type Scribner) met respectievelijk ligatuur van de arteria en de vena.

ANTWOORD

1° Het wegnemen van een vena saphena en het plaatsen ervan onder de huid van de onderarm met het oog op het aanleggen van een arteriove-neuze fistel voor hemodialyse, moet worden geattesteerd onder nr. 235174 - 235185 Aanleggen van een rechtstreekse arteriove-neuze fistel of van een onrechtstreekse arteriove-neuze fistel (shunt type Scribner) met het oog op hemodialyse N 300.

2° Het wegnemen van een uitwendige shunt moet worden geattesteerd onder nr. 145515 - 145526 Verwijderen van supra-aponeurotische vreemde lichamen dat insnijding in weefsels vergt, exclusief de vreemde lichamen uit de oogbol K 20.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Afname voor biopsie van de arteria temporalis.

ANTWOORD

De afname voor biopsie van de arteria temporalis moet worden geattesteerd onder nr. 235056 - 235060 Onderbinden of arteriëctomie van de arteria brachialis, mamma interna, facialis, lingualis, temporalis of glutea N 150.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Een heelkundige verricht tijdens een zelfde operatiezitting een iliacus-endarteriëctomie langs transperitoneale - abdominale weg en een femoropopliteuze adertransplantatie met by-pass aan dezelfde zijde.

Mag worden beschouwd dat het in dit geval gaat om twee aparte streken ?

ANTWOORD

In geval van iliacus-endarteriëctomie langs abdominale weg en femoropopliteuze adertransplantatie zijn er effectief twee opereerstreken. De bepalingen van artikel 15, § 4, eerste lid van de nomenclatuur, zijn derhalve van toepassing en de verstrekkingen mogen worden vergoed onder de nrs. 237090 - 237101 Revascularisatie van één enkele abdominale slagader door endarteriëctomie, endoaneurysmorrhafie, pontage of resectie met enten of anastomose N 600 + 235115 - 235126 Revascularisatie van een slagader van de ledematen door pontage of resectie, met enten van de vena saphena interna, inclusief het nemen van de ent N600/2

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 14, f) (Bloedvaten-heelkunde) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 505(06) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, g) (Gynecologie en verloskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Microscopische colposcopie : gaat het om een colposcopisch onderzoek met een colposcoop, met of zonder foto ?

ANTWOORD

De onder nr. 431955 - 431966 ** K 10 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalde microscopische colposcopie beoogt het onderzoek met een colposcoop, uitgerust met een microscoop, die het microscopisch onderzoek van de hals en eventueel de fotografie mogelijk maakt.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Welk is de juiste interpretatie van de opereerstreek voor de gynecologische ingrepen ?

ANTWOORD

Daaronder moeten worden verstaan alle heelkundige bewerkingen die langs een zelfde toegangsweg worden verricht.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

1° Enlèvement de la veine saphène afin de la placer sous la peau de l'avant-bras en vue de faire une liaison, d'une part, avec l'artère humérale, d'autre part, avec une veine pour obtenir une fistule artério-veineuse destinée à la dialyse.

2° Enlèvement d'un shunt externe (de type Scribner), avec ligature, respectivement de l'artère et de la veine.

REPOSE

1° L'enlèvement d'une veine saphène et son placement sous la peau de l'avant-bras en vue de créer une fistule artério-veineuse pour hémodialyse doit être attesté sous le n° 235174 - 235185 Création de fistule artério-veineuse directe ou d'une fistule artério-veineuse indirecte (shunt type Scribner) en vue d'une hémodialyse N 300.

2° L'enlèvement d'un shunt extérieur est à attester sous le n° 145515 - 145526 Extraction de corps étrangers sus-aponévrotiques, nécessitant incision des tissus, à l'exclusion des corps étrangers du globe oculaire K 20.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Prélèvement biopsique de l'artère temporale.

REPOSE

Le prélèvement biopsique de l'artère temporale doit être attesté 235056 - 235060 Ligature ou artériectomie de l'artère humérale, mammaire interne, faciale, linguale, temporale ou fessière N 150.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Un chirurgien effectue au cours d'une même séance opératoire une endartériectomie iliaque par voie abdominale transpéritonéale et une greffe veineuse fémoro-poplitée en by-pass du même côté.

Peut-on considérer qu'il s'agit, en l'occurrence, de deux champs distincts ?

REPOSE

En cas d'endartériectomie iliaque par voie abdominale et de greffe veineuse fémoro-poplitée, il y a effectivement deux champs opératoires. Dès lors, il y a application des dispositions de l'article 15, § 4, premier alinéa, de la nomenclature et les prestations sont remboursables sous les n°s 237090 - 237101 Revascularisation d'une seule artère abdominale par endartériectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection avec greffe ou anastomose N 600 + 235115 - 235126 Revascularisation d'une artère des membres par pontage ou résection avec greffe de la saphène interne, y compris la prise du greffon N600/2

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, f) (Chirurgie des vaisseaux), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(06) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, g) (Gynécologie-obstétrique) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Colposcopie microscopique : s'agit-il d'un examen colposcopique avec un colposcope, avec ou sans photographie ?

REPOSE

La colposcopie prévue sous le n° 431955 - 431966 ** K 10 de la nomenclature des prestations de santé, vise l'examen avec un colposcope équipé d'un microscope permettant l'examen microscopique du col et éventuellement la photographie.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Quelle est l'interprétation exacte du champ opératoire pour les interventions gynécologiques ?

REPOSE

Il faut entendre toutes les interventions chirurgicales qui sont faites par une même voie d'accès.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Mogen de honoraria voor baarmoedercurettage worden gecumuleerd met de honoraria voor het elektrocoaguleren van de baarmoederhals of voor het uitsnijden van een papilloma in pubis of in liesplooï ?

ANTWOORD

De baarmoedercurettage en het elektrocoaguleren van de baarmoederhals worden in één enkele operceerstreek verricht. Er mag derhalve één enkele vergoeding worden toegekend. De baarmoedercurettage en het uitsnijden van een papilloma van de pubis of de liesplooï worden daarentegen in verschillende streken verricht.

Krachtens de bepalingen van artikel 15, § 4, eerste lid, mogen de honoraria voor de verschillende ingrepen worden gecumuleerd.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Ingrep wegens diepe wonde in de streek van de bilnaad waarvoor een hemostatische hechting van de ischiocaverneuze spieren en een brugplastiek van het vulvategument nodig waren om de schade te kunnen herstellen.

ANTWOORD

De behandeling mag worden gelijkgesteld met de verstrekking die is opgenomen onder nr. 431756 - 431760 Vagina- en vulvoplastiek K 75.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Heelkundige correctie van een dubbele vagina die bij het orificium externum begint wegens een dik mediaan tussenschot :

- losmaken van dat tussenschot van de blaas en van het rectum;
- maken van een tunnel doorheen het septum om twee bladen te bekomen die na sectie aan het slijmvlies van de vagina worden gehecht.

ANTWOORD

De heelkundige bewerking wegens dubbele vagina zoals ze is beschreven, mag worden getarifeerd onder nr. 431896 - 431900 Colporrafie vooraan en colpoperineorrafie achteraan met hechten van de hefspieren K 180.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

De combinatie van een abdominale hysterectomie en een Marshall-Marchetti-Krantz voor urine-incontinentie.

ANTWOORD

Voor de abdominale hysterectomie en de ingreep van Marshall-Marchetti-Krantz, verricht tijdens dezelfde operceerzitting, gelden de bepalingen van artikel 15, § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Derhalve mag alleen de hoofdbewerking worden vergoed, namelijk nr. 431270 – 431281 Totale hysterectomie langs abdominale weg K 225.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Repositie langs abdominale weg van een genitale prolaps door middel van inert materiaal (ingreep van het type van HUGIER).

ANTWOORD

De repositie langs abdominale weg van een genitale prolaps door middel van inert materiaal mag worden getarifeerd onder nr. 431476 - 431480 Laparotomie voor eenvoudige ligamentopexie of met Douglasplicatie (Doleris) K 180.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Mogen de manipulaties voor controle van de impermeabiliteit van de eileiders, verricht langs vaginale weg naar aanleiding van het onderbinden van de eileiders door laparotomie of laparoscopie, bij de verstrekking bij in rekening worden gebracht ?

ANTWOORD

Nee, die controle maakt deel uit van de ingreep en mag niet worden geattesteerd onder nr. 431410 - 431421 Kymografische insufflatie der eileiders en/of inspuiting van contrastmiddel... K 25.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en ervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 14, g) (Gynecologie en verloskunde) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 505(07) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Les honoraires pour le curetage de l'utérus peuvent-ils être cumulés avec les honoraires pour l'électrocoagulation du col utérin ou l'exérèse d'un papillome du pubis ou du pli de l'aîne ?

REPOSE

Le curetage de l'utérus et l'électrocoagulation du col utérin sont effectués dans un seul champ opératoire. Dès lors, un seul remboursement peut être accordé. Par contre, le curetage de l'utérus et l'exérèse d'un papillome du pubis ou du pli de l'aîne sont effectués dans des champs différents.

Les honoraires pour les différentes interventions peuvent être cumulés, compte tenu des dispositions de l'article 15, § 4, premier alinéa.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Intervention pour plaie profonde de la région périnéale ayant nécessité une suture hémostatique des ischio-caverneux et une plastie par glissement des téguments vulvaires pour permettre la réparation des dégâts.

REPOSE

Le traitement peut être assimilé à la prestation prévue sous le n° 431756 - 431760 Plastique vaginale et vulvaire K 75.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Correction chirurgicale d'un vagin double commençant à l'orifice externe à cause d'un septum médian épais :

- décollement de ce septum, de la vessie et du rectum;
- tunnellation du septum pour obtenir deux feuillets qui, après section, sont suturés à la muqueuse vaginale.

REPOSE

L'intervention chirurgicale pour vagin double, telle qu'elle est décrite, peut être tarifée sous le numéro 431896 - 431900 Colporrafie antérieure et colpopérinéorrafie postérieure avec suture des releveurs K 180.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Combinaison d'une hystérectomie abdominale et d'une intervention de Marschall Marchetti-Kranz pour incontinence urinaire.

REPOSE

L'hystérectomie abdominale et l'intervention de Marschall-Marchetti-Krantz effectuées au cours de la même séance opératoire tombent sous l'application des dispositions de l'article 15, § 3, de la nomenclature des prestations de santé. Par conséquent, seule l'intervention principale peut être remboursée, soit le n° 431270 – 431281 Hystérectomie totale par voie abdominale K 225.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Réduction par voie abdominale d'un prolapsus génital au moyen de matériel inerte (intervention de type HUGIER).

REPOSE

La réduction par voie abdominale d'un prolapsus génital au moyen de matériel inerte peut être tarifée sous le n° 431476 - 431480 Laparotomie pour ligamentopexie simple ou avec plicature du Douglas (Doleris) K 180.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Les manipulations de contrôle de l'imperméabilité tubaire pratiquées par voie vaginale à l'occasion d'une ligature des trompes par laparotomie ou laparoscopie peuvent-elles être portées en compte en supplément de la prestation ?

REPOSE

Non, ce contrôle fait partie de l'intervention et ne peut être attesté sous le numéro 431410 - 431421 Insufflation kymographique des salpinx et/ou injection de produit opacifiant... K 25.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, g) (Gynécologie-obstétrique), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(07) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14 i) (Otorhinolaryngologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Onder welk codenummer moet het sluiten van een openblijvende tracheotomiefistel worden geattesteerd ?

ANTWOORD

Deze ingreep moet worden geattesteerd onder het nummer 149015 - 149026* Fistelcurettage K 20

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, j) (Urologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Mag het onderbinden van ducti deferentes bij de prostatectomie worden bijvergoed ?

ANTWOORD

Het onderbinden van de ducti deferentes mag niet bij het honorarium voor prostatectomie worden bijvergoed overeenkomstig artikel 15, § 4, van de nomenclatuur.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Wat moet worden geattesteerd wanneer de therapeutische verstrekking nr. 260315 - 260326 Cystoscopie met fulguratie K 60 en de diagnose-verstrekking nr. 260293 - 260304 Cystoscopie met uretercatheterisme K 60 gelijktijdig worden verricht ?

ANTWOORD

Wanneer ze tijdens dezelfde zitting worden verricht mag slechts één van die twee verstrekkingen worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Herstellen van een aanzienlijk heilkundig trauma van de bursae; openen van tunica vaginalis met gedeeltelijke resectie van de tunica vaginalis.

Hoe moet worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Indien een resectie van de tunica vaginalis is verricht, mag het nr. 260875 - 260886 Resectie of omkeren van tunica vaginalis K 120, worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Na een prostatectomie verricht de geneesheer onder anesthesie een bewerking, bestaande uit :

- verwijdering van wiek uit prostaatbed;
- verwijdering van supra-pubische blaassonde;
- sutuur van cystostomie en plaatsen van urethrale sonde.

Wat is de tarifiering voor die handelingen ?

ANTWOORD

Het verwijderen van de wiek uit het prostaatbed, het verwijderen van de supra-pubische blaassonde, het hechten van de cystostomie en het plaatsen van een urethrale sonde maken een integrerend deel uit van de prostatectomie en mogen niet worden bijvergoed.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Nefrectomie, inclusief ureterectomie, langs abdominale en lumbale weg tijdens dezelfde operatiezitting.

ANTWOORD

Benevens de verstrekking nr. 261634 - 261645 Totale nefrectomie K 225, mag verstrekking nr. 261376 - 261380 Ingrep voor wegnemen van resterende ureter K 180/2 worden geattesteerd voor ureterectomie langs abdominale weg.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Sommige gevallen van zeer hoog gelegen en niet gedaalde testes vergen, voor het neerhalen ervan, de dissectie van de vasculaire pediculus tot aan de onderste pool van de nier en van de ductus deferens tot aan de uitmonding ervan in de vesiculae seminales achter de blaas.

Dat ganse gedeelte van de operatie vergt een uitgebreide dissectie van het retroperitoneale weefsel. Voorts gaat daarmee vaak een liesbreuk gepaard, die op het einde van de ingreep moet worden behandeld.

Hoe mag, in die veronderstelling, de ingreep op het retroperitoneale weefsel worden getarifeerd ?

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14 i) (Oto-rhino-laryngologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester la fermeture d'une fistule de trachéotomie qui ne se referme pas ?

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro de code 149015 - 149026* Curetage de fistule K 20.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, j) (Urologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La ligature des canaux déférents est-elle remboursable en supplément de la prostatectomie ?

REPONSE

La ligature des canaux déférents ne peut être remboursée en supplément des honoraires fixés pour la prostatectomie, conformément à l'article 15 § 4 de la nomenclature.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Que faut-il attester lorsqu'on effectue simultanément la prestation thérapeutique n° 260315 - 260326 Cystoscopie avec fulguration K 60 et la prestation diagnostique n° 260293 - 260304 Cystoscopie avec cathétérisme des uretères K 60 ?

REPONSE

Une seule de ces deux prestations peut être attestée lorsqu'elles sont réalisées au cours de la même séance.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Réfection d'un traumatisme chirurgical important des bourses : ouverture de la vaginale avec résection partielle de cette vaginale.

Comment faut-il tarifier ?

REPONSE

Lorsqu'on effectue une résection de la vaginale, on peut attester le n° 260875 - 260886 Résection ou retournement de la vaginale K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Après une prostatectomie, le médecin effectue, sous anesthésie, une intervention consistant en :

- enlèvement de la mèche du lit prostatique;
- enlèvement de la sonde vésicale sus-pubienne,
- suture de cystostomie et mise en place d'une sonde urétrale.

Comment y a-t-il lieu de tarifier ces actes ?

REPONSE

L'enlèvement de la mèche du lit prostatique, l'enlèvement de la sonde vésicale sus-pubienne, la suture de cystostomie et la mise en place d'une sonde urétrale, font partie intégrante de la prostatectomie et ne peuvent être remboursés en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Néphrectomie, y compris l'urétérectomie, par voies abdominale et lombaire au cours de la même séance opératoire.

REPONSE

En plus de la prestation n° 261634 - 261645 Néphrectomie totale K 225, la prestation n° 261376 - 261380 Intervention pour enlèvement d'un uretère restant K 180/2 peut être attestée pour l'urétérectomie par voie abdominale.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Certains cas de testicules non descendus, très haut situés, nécessitent pour leur abaissement la dissection du pédicule vasculaire, jusqu'au pôle inférieur du rein et celle du canal déférent jusqu'à son abouchement dans les vésicules séminales derrière la vessie.

Toute cette partie de l'opération demande une dissection étendue en tissu rétro-péritonéal; par ailleurs, il existe fréquemment une hernie inguinale associée dont il faut faire la cure en fin d'intervention.

Dans cette hypothèse, comment peut-on tarifier l'intervention en tissu rétro-péritonéal ?

ANTWOORD

Deze verstrekking moet worden geattesteerd onder nummer 241150 – 241161 Operatieve behandeling van een hernia, ongeacht de aangevende techniek N 200.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Mag nr. 261553 - 261564 Endoscopische resectie van de prostaat, inclusief cystoscopie K 225 driemaal worden aangerekend, indien een endoscopische resectie van de prostaat in drie bewerkingen wordt verricht ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 261553 - 261564 Endoscopische resectie van de prostaat, inclusief cystoscopie K 225 dekt de volledige prostatectomie-behandeling door endoscopische resectie, verricht in één of meer zittingen.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Dilatatie van een obstructie van de pyelo-ureterale junctie met een sonde van Fogarty.

ANTWOORD

Die ingreep is als dusdanig niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Hij mag worden gelijkgesteld met verstrekking nr. 260175 - 260186 Uitnemen van uretersteen langs endoscopische weg, per zitting, inclusief cystoscopie K 90.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Plastiek van de voorhuid zonder besnijdenis.

ANTWOORD

Die ingreep mag door gelijkstelling worden geattesteerd onder het nr. 260934 - 260945 Besnijdenis K 75.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Verandering van sonde bij een uretercatheterisme na huidureterostomie of bij een niercatheterisme na nefrostomie of van een blaascatheterisme door cystostomie.

ANTWOORD

De evacuerende punctie en het plaatsen van een catheter moeten geattesteerd worden onder het nr. 355375 – 355386 * Blaaspunctie K 10,5.

De vernieuwing van een suprapubische catheter moet geattesteerd worden onder hetzelfde nummer.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Dissectie van een ureter die is beklemd door retroperitoneale fibrovasculaire vergroeiingen.

ANTWOORD

De dissectie van een ureter die is beklemd door retroperitoneale fibrovasculaire vergroeiingen, moet, naar gelang van de toegangsweg, worden geattesteerd onder nr. 240155 - 240166 Lobotomie N 300 of 243633 - 243644 Exploratieve laparotomie N 200.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

Palliatieve behandeling van de stenose van de prostaaturethra door endoscopische resectie die een boring is en tot doel heeft een voldoende urethrakaliber te herstellen.

ANTWOORD

Er dient te worden geattesteerd 260956 - 260960 Uitwendige of inwendige urethrotomie K 120.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

Verwijderen van een ectropion van het urethraslijmvlies

ANTWOORD

Die ingreep moet worden geattesteerd onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumors van huid of slijmvlieszen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40.

REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le numéro 241150 – 241161 Traitement opératoire d’une hernie quelle que soit la technique utilisée N 200.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Peut-on porter trois fois en compte le n° 261553 - 261564 Résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie K 225 si une résection endoscopique de la prostate est effectuée à trois reprises ?

REPONSE

La prestation n° 261553 - 261564 Résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie K 225 couvre toute la cure de prostatectomie par résection endoscopique faite en une ou plusieurs séances.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Dilatation d’une obstruction de la jonction pyélo-urétérale à l’aide d’une sonde de Fogarty.

REPONSE

Cette intervention n’est pas prévue comme telle à la nomenclature des prestations de santé. Elle peut être assimilée à la prestation n° 260175 - 260186 Enlèvement d’un calcul urétéral par voie endoscopique, par séance, y compris la cystoscopie K 90.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Plastie du prépuce sans circoncision.

REPONSE

Cette intervention peut être attestée par assimilation sous le n° 260934 - 260945 Circoncision K 75.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Changement de sonde lors d’un cathétérisme urétéral après urétérostomie cutanée ou d’un cathétérisme rénal après néphrostomie ou d’un cathétérisme vésical par cystostomie.

REPONSE

La ponction d’évacuation et le placement d’un cathéter doivent être attestés sous le numéro 355375 – 355386 ° Ponction vésicale K 10,5.

Le renouvellement d’un cathéter sus-pubien doit être attesté sous le même numéro.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Dissection d’un uretère étranglé par des brides fibro-vasculaires rétro-péritonéales.

REPONSE

La dissection d’un uretère étranglé par des brides fibro-vasculaires rétro-péritonéales est à attester, selon la voie d’accès, 240155 - 240166 Lobotomie N 300 ou 243633 - 243644 Laparotomie exploratrice N 200.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Traitement palliatif de la sténose de l’urètre prostatique par résection endoscopique constituant un forage et ayant pour objectif de restituer un calibre urétral suffisant.

REPONSE

Il y a lieu d’attester 260956 - 260960 Urétrotomie externe ou interne K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Ablation d’un ectropion de la muqueuse urétrale.

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro 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.

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Hoe moeten de twee volgende ingrepen worden getarifeerd : de eerste bestaat uit het onderbinden van de dorsale slagaderen van de penis, de tweede in een anastomose tussen het corpus cavernosum en het corpus spongiosum langs perineale weg ?

ANTWOORD

Er moet worden geattesteerd, ofwel nr. 235056 - 235060 Onderbinden of arteriectomie van de arteria brachialis, mamma interna, facialis, lingualis, temporalis of gluta N 150, ofwel nr. 262054 - 262065 Heelkundige behandeling van priapisme door spongio-caverneuse anastomose K 180, in geval van anastomose tussen het corpus cavernosum en het corpus spongiosum langs perineale weg.

Indien beide ingrepen in dezelfde operatiezitting worden verricht, mag één enkele ingreep worden geattesteerd.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 14, i) (Urologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 505(10) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, k) (Orthopedie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Op welke basis dient de hierna beschreven ingreep te worden getarieerd : interne parapatellaire arthrotomie : de meniscus is onbeschadigd en verscheidene calcificaties die diep in de intercondylaire ruimte vastzitten, worden weggenomen ?

Bij een tweede externe verticale parapatellaire incisie worden nog verscheidene calcificaties en de meniscus externus waarvan de voorste hoorn gede genereerd en verbeend is, weggenomen.

ANTWOORD

In de uitgevoerde ingreep is voorzien onder nr. 290113 - 290124 Zogenoemde totale synovectomie van de knie N 300.

Er moet worden onderstreept dat de verstrekking de hele heelkundige bewerking dekt : de meniscectomie mag niet worden bijgetarifeerd.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Wat moet worden aangerekend wanneer beentransplantaties worden verricht wegens pseudoarthrosis :

1. Het nemen van transplantaten, bijvoorbeeld ter hoogte van het heupbeen
2. de osteosynthese van het been
3. het gipsverband ?

ANTWOORD

Wanneer een beentransplantatie wordt verricht wegens pseudoarthrosis, wordt het nemen van het beentransplantaat niet als zodanig vergoed : het maakt deel uit van de ingreep wegens pseudoarthrosis.

De osteosynthese mag worden vergoed en het gipsverband dat wordt aangelegd op het einde van de operatie, wordt overeenkomstig de bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen gehonoreerd tegen 50 pct. van de daarvoor opgegeven waarde.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Meniscectomie en hechten van een scheur van de gekruiste gewrichtsband langs een transcondylaire laterale incisie.

ANTWOORD

Het gaat om een knie-arthrotomie die verscheidene ingrepen omvat. Bij toepassing van de bepalingen van artikel 15, § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, mag alleen de verstrekking met de hoogste betrekkelijke waarde worden geattesteerd, in dit geval nr. 290076 - 290080 Exeresis van interne of externe meniscus van de knie N 250.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Comment tarifer les deux interventions suivantes qui consistent l'une en la ligature des artères dorsales de la verge, l'autre en une anastomose entre le corps cavernoux et le corps spongieux par voie périnéale ?

REPONSE

Il y a lieu d'attester soit le n° 235056 - 235060 Ligature ou artériectomie de l'artère humérale, mammaire interne, faciale, linguale, temporale ou fessière N 150 soit le n° 262054 - 262065 Cure chirurgicale de priapisme par anastomose spongio-caverneuse K 180 en cas d'anastomose entre le corps cavernoux et le corps spongieux par voie périnéale.

Si les deux interventions sont pratiquées au cours de la même séance opératoire, une seule intervention peut être attestée.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, j) (Urologie), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(10) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, k) (Orthopédie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

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 meniscectomie ne peut être tarifée en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 2

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.

REGLE INTERPRETATIVE 3

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.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Wegnemen van epifysaire agrafen (twee aan de binnenzijde van de knie en twee aan de buitenzijde van de knie). De heelkundige verstrekking wordt getarifeerd onder nr. 280055 - 280066 Wegnemen van diepliggend syntheematerieel : schroeven, draden of agrafen (ongeacht het aantal) N 100.

Dient ermee rekening te worden gehouden dat er verscheidene lokalisaties van het synthesesmaterieel zijn ?

ANTWOORD

Het honorarium voor een heelkundige bewerking die in de nomenclatuur onder een zelfde rubriek verscheidene operatietijden groepeert die nodig zijn voor de uitvoering ervan, mag eenmaal worden vergoed.

Het is met name het geval voor het plaatsen of het wegnemen van synthesesmaterieel waarbij rekening wordt gehouden met het geheel van het materieel en niet met het aantal lokalisaties.

In het voorgelegde geval mag verstrekking nr. 280055 - 280066 N 100 derhalve eenmaal worden vergoed.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Aanbrengen van een uitwendige director bij een patiënt die lijdt aan een open breuk van de tibiadiafyse.

ANTWOORD

Die verstrekking moet worden geattesteerd onder nr. 290555 - 290566 Bloedige behandeling van fractuur van tibiadiafyse N 300.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Hoe moet :

— een tenolyse van een strekspier ter hoogte van het metacarpofalangeaal gewricht;

— een tenolyse van de musculus flexor carpi ulnaris ter hoogte van de pols worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De nrs. 287755 - 287766 Tenolysis van extensoren N 150 en 287733 - 287744 Tenolysis van flexoren N 225 zijn niet van toepassing op de tenolyse van een strek- of buigspier. Die omschrijvingen beogen de manipulatie van verscheidene strek- of buigspieren.

De tenolyse van een strek- of buigspier wordt beoogd door de algemene omschrijving die is opgenomen onder nr. 280571 - 280582 Tenolyse N 100.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Resectie van de eerste rib en/of van een cervicale rib voor de behandeling van het syndroom van de ductus thoracicus,

1. - ofwel langs supraventriculaire weg;

2. - ofwel langs transaxillaire weg;

3. - ofwel langs achter.

ANTWOORD

In geval van resectie;

— hetzij van de 1ste rib;

— hetzij van de cervicale rib;

— hetzij van beide,

dient verstrekking nr. 281131 - 281142 Resectie van een cervicale rib N 300, te worden geattesteerd, ongeacht de toegangsweg.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Verwijderen van een cerclage of van de pinnen van een patella

ANTWOORD

Het verwijderen van een cerclage of van de pinnen van een patella moet worden geattesteerd onder nr. 280033 - 280044 Wegnemen van subcutaan synthesesmaterieel N 30.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Naar voren brengen van de patellapees volgens het procédé van Maquet, d.w.z. splijten met een beitel van het voorste gedeelte van het proximaal derde van het scheenbeen en handhaven van die vooruitgeschoven stand door een iliacale ent, geplaatst tussen de tuberositas tibiae en de rest van de scheenbeenmetafyse.

ANTWOORD

Het naar voor brengen van de patellapees volgens het procédé van Maquet, moet worden geattesteerd onder nr. 290916 - 290920 Osteotomie van tibiaplateau N 350.

REGLE INTERPRETATIVE 4

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 ?

REPOSE

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.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Mise en place d'un tuteur externe chez un patient atteint de fracture ouverte de la diaphyse du tibia.

REPOSE

Cette prestation doit être attestée sous le n° 290555 - 290566 Traitement sanglant d'une fracture de la diaphyse du tibia N 300.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Comment faut-il tarifier :

— une ténolyse d'un tendon extenseur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne;

— une ténolyse du muscle cubital antérieur au niveau du poignet ?

REPOSE

Pour la ténolyse d'un tendon extenseur ou fléchisseur, les n°s 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.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Réssection 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.

REPOSE

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.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Ablation d'un cerclage ou des broches d'une rotule.

REPOSE

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.

REGLE INTERPRETATIVE 9

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.

REPOSE

L'avancement du tendon rotulien selon le procédé de Maquet doit être attesté sous le n° 290916 - 290920 Ostéotomie du plateau tibial N 350.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

In een geval van likdoorn boven een hygroma, verricht de geneesheer, nadat de likdoorn is weggenomen, de resectie van de slijmbeurs. Wat is de tarifiering ?

ANTWOORD

De resectie van een slijmbeurs moet worden getarifeerd 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumors van huid, of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40, met uitsluiting van de resectie van slijmbeurzen als dusdanig opgenomen in de nomenclatuur en die moeten dientengevolge worden geattesteerd op basis van hun eigen codenummer.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Heelkundige bewerking wegens syndactylie : scheiden van alle vingers die met elkaar vergroeid zijn.

ANTWOORD

Volgens de omschrijving zelf van de verstrekkingen nrs. 287895 - 287906 en 287910 - 287921, moet de herstelling van de tweede commissuur en van elke volgende tegen N 100 worden getarifeerd wanneer ze tijdens dezelfde operatiezitting worden verricht; de eerste wordt tegen N 200 getarifeerd

De bepalingen van artikel 15, § 4, betreffende de opereerstreken moeten niet worden toegepast.

Dezelfde redenering geldt voor de verstrekkingen nrs. 287954 - 287965 en 287976 - 287980, 287991 - 288002 en 288013 - 288024.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

Hoe moet het wegnemen van diepliggende stiften worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Het wegnemen van diepliggend osteosynthesematerieel is in de nomenclatuur gerangschikt naar gelang van het type van het aangewende materieel.

Het wegnemen van stiften moet steeds worden geattesteerd onder het nummer 280033 - 280044 Wegnemen van subcutaan synthesesematerieel N 30.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

Als na een hechting van een strekpees van een vinger een immobilisatie wordt verricht met behulp van een Kirschnerdraad, hoe moet die laatste verstreking dan worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Voor de immobilisatie van een vinger met behulp van een Kirschnerdraad na een peeshechting, mag bij verstreking 287556 - 287560 Heelkundige behandeling van subcutane ruptuur van een extensor van de vinger N 150 geen bijkomende tegemoetkoming worden toegestaan.

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Welke tarifiering moet worden toegepast voor de volledige behandeling van de ziekte van Dupuytren door aponeurectomie op een of twee radii, met een huidexcisie die een huident vergt ?

ANTWOORD

Wanneer naar aanleiding van een gedeeltelijke aponeurectomie van de handpalm een huidoverplanting wordt verricht, moet het nummer 287350 - 287361 Gedeeltelijke aponeurectomie van de handpalm N 200 worden geattesteerd.

De totale aponeurectomie van de handpalm waarin is voorzien in de nummers 287372 - 287383 Totale aponeurectomie van handpalm N 325 en 287394 - 287405 Totale aponeurectomie van handpalm met huident N 375 beoogt een aponeurectomie die betrekking heeft op vier radii, d.w.z. de totale aponeurectomie van de handpalm zonder de duim.

Een aponeurectomie die betrekking heeft op minder dan vier radii, moet worden getarifeerd onder het nummer 287350 - 287361 Gedeeltelijke aponeurectomie van handpalm N 200, ongeacht of ze al dan niet met een huidoverplanting wordt verricht.

REGLE INTERPRETATIVE 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.

REGLE INTERPRETATIVE 11

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°s 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.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Comment faut-il tarifier 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.

REGLE INTERPRETATIVE 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 tarifier 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.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Quelle tarification faut-il appliquer lors d'une cure de la maladie de Dupuytren par aponevrectomie sur un ou deux rayons, accompagnée d'excision cutanée nécessitant une greffe cutanée ?

REPONSE

Lorsqu'à l'occasion d'une aponevrectomie palmaire partielle, une greffe est effectuée, il y a lieu d'attester sous le numéro 287350 - 287361 Aponevrectomie palmaire partielle N 200.

L'«aponevrectomie palmaire totale» prévue sous les numéros 287372 - 287383 Aponevrectomie palmaire totale N 325 et 287394 - 287405 Aponevrectomie palmaire totale avec greffe cutanée N 375 vise une aponevrectomie qui intéresse quatre rayons, c'est-à-dire l'aponévrose palmaire totale sans le pouce.

Une aponevrectomie palmaire qui concerne moins de quatre rayons doit être tarifée sous le numéro 287350 - 287361 Aponevrectomie palmaire partielle N 200, qu'elle soit effectuée avec ou sans greffe cutanée.

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Hoe moet de reconstructie van een ligament van het collateraal apparaat van een interfalangeaal (of van een metacarpofalangeaal) gewricht worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Indien het gaat om de reconstructie van een interfalangeaal ligament ten gevolge van een interfalangeale bandslapte, moet de verstreking door gelijkstelling worden getarifeerd onder het nr. 286053 - 286064 Interfalangeale arthrotomie of capsulotomie van een vinger N 60.

INTERPRETATIEREGEL 16

VRAAG

Na een heelkundige bewerking wegens bimalleolusbreuk (290651 - 290662 N 250) rekent de heelkundige de verstrekingen 280055 - 280066 N 100 + 280055 - 280066 N100/2 aan voor het wegnemen van het synthesesmateriael door diepe ingreep.

Mag worden aangenomen dat het hier om twee opereerstreken gaat of moet worden beschouwd dat de bewerking in één operatiestreek is verricht, rekening ermee houdende dat, alhoewel er twee toegangswegen zijn, de heelkundige positie van de bimalleolaire fractuur slechts als één bewerking wordt getarifeerd ?

ANTWOORD

Het wegnemen van het synthesesmateriael dat is geplaatst tijdens de positie van een bimalleolusbreuk, mag eenmaal worden vergoed onder nr. 280055 - 280066 Wegnemen van diepliggend synthesesmateriael : schroeven, draden, agrafen (ongeacht het aantal) N 100, hoewel er twee incisies zijn.

INTERPRETATIEREGEL 17

VRAAG

Orthopedische behandeling van verscheidene breuken waarvan de contentie geschiedt met een enkel gipsverband.

ANTWOORD

Indien iedere breuk een repositie vergt, wordt de hoofdrepositie gehonoreerd tegen 100 pct. en de volgende repositie of reposities tegen 50 pct. van de voor die verstrekingen opgegeven waarden.

Indien de breuken geen repositie vergen of indien slechts één van de breuken een repositie vergt, mag alleen de ingreep met de hoogste betrekkelijke waarde worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 18

VRAAG

Hoe moet in de volgende gevallen worden getarifeerd :

1) breuk van de onderarm met zeer uigesproken hoekstand : aangezien de patiënt niet nuchter is, maakt men met de onderarm een korte, droge beweging zodat een gepolsterd gipsverband kan worden aangelegd van de bovenarm tot de hand. 's Anderdaags blijkt die vorm van repositie ontoereikend en verricht men een repositie onder algemene anesthesie en T.V.-controle;

2) een patiënt heeft een splinterbreuk van de humeruscondylus. Daar de elleboog zeer gezwollen is, wordt een gepolsterd gipsverband aangelegd van de oksel tot de vingers zonder anesthesie om de verdere verschuiving en de wrijving van de fragmenten te voorkomen. Na vijf dagen wordt de osteosynthese verricht met aanleggen van een nieuw gipstoestel;

3) een patiënt is behandeld wegens een breuk van de pols door repositie onder narcose en immobilisatie door een gipsverband. Bij de controle, drie weken later, wordt een lichte secundaire verplaatsing radiaalwaarts vastgesteld. De breuk schijnt noch klinisch noch radiologisch geconsolideerd en er wordt een nieuw gipsverband aangelegd om de radiale afwijking tijdens het hard worden van het gips, te verminderen, maar die ingreep is niet uitgevoerd onder narcose.

ANTWOORD

1) Het aanleggen van een voorlopig gipsverband in afwachting van een latere repositie, moet worden geattesteerd onder de rubriek "Gipstoestellen". In het uiteengezette geval moet het voorlopig gipsverband worden geattesteerd onder nr. 297172 - 297183 ° Gipstoestel : van elleboog N 65.

De repositie die 's anderdaags is verricht onder algemene anesthesie en T.V.-controle, moet worden geattesteerd onder nr. 296376 - 296380 Diafysaire fractuur van onderarm : twee beenderen N 250.

2) Het aanleggen van een voorlopig gipsverband in afwachting van een latere osteosynthese, moet worden getarifeerd onder de rubriek : "Gipstoestellen". In het beschreven geval moet de eerste verstreking derhalve worden geattesteerd onder nr. 297194 - 297205 ° Gipstoestel : van arm N 65.

De osteosynthese met aanleggen van een gipstoestel, verricht tijdens de tweede bewerking, moet worden geattesteerd onder nr. 283894 - 283905 Bloedige behandeling van fractuur van humeruspalet N 350, plus 297194 - 297205 ° Gipstoestel : van arm N65/2.

REGLE INTERPRETATIVE 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 tarifiée, par assimilation, sous le numéro 286053 - 286064 Arthrotomie ou capsulotomie interphalangienne d'un doigt N 60.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

Après une intervention chirurgicale pour fracture bimaléolaire (n° 290651 - 290662 N 250), le chirurgien porte en compte les prestations n°s 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 bimaléolaire n'est tarifiée que comme une seule intervention ?

REPONSE

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

REGLE INTERPRETATIVE 17

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.

REGLE INTERPRETATIVE 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'ostéosynthese 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.

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 297172 - 297183 ° Appareil plâtré : du coude N 65.

La réduction effectuée le lendemain sous anesthésie générale et contrôle T.V. est à attester 296376 - 296380 Fracture diaphysaire de l'avant-bras : deux os N 250.

2) La pose d'un plâtre provisoire dans l'attente d'une ostéosynthese ultérieure doit être attestée sous la rubrique «Appareils plâtrés». Dès lors, dans le cas décrit, la première prestation doit être attestée 297194 - 297205 ° Appareil plâtré : du bras N 65.

L'ostéosynthese avec pose d'un appareil plâtré pratiquées dans le second temps, doivent être attestées 283894 - 283905 Traitement sanglant d'une fracture de la palette humérale N 350, plus 297194 - 297205 ° Appareil plâtré : du bras N65/2.

3) Als na een orthopedische behandeling van een breuk met repositie, in de loop van de behandeling een nieuw gipsverband wordt aangelegd, moet dat worden aangezien als het aanleggen van een gipstoestel, zelfs indien bij die gelegenheid een ascorrectie wordt aangebracht.

In het beschreven geval moet de eerste ingreep worden geattesteerd onder nr. 296391 - 296402 Fractuur van het distale uiteinde van één of van beide beenderen van de onderarm N 150.

De latere ingreep moet worden geattesteerd onder nr. 297135 - 297146 ° Gipstoestellen : van pols en/of hand N 40.

INTERPRETATIEREGEL 19

VRAAG

Hoe moet een behandeling van een breuk met continue tractie worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Als de enige definitieve behandeling de behandeling met continue tractie is, moet de ingreep worden getarifeerd als een behandeling van een fractuur met repositie; de tractie is dan immers gekozen als repositiemiddel.

Als het aanleggen van een tractie een voorlopig middel is met het oog op een latere repositie door welk procédé ook, moet die tractie worden geattesteerd onder het nummer 145250 - 145261 Dringend voorlopig aanleggen van een contentietoestel in geval van fracturen of luxaties (mag slechts eenmaal per geval worden aangerekend) K 12 of, als het gaat om een tractie doorheen de beenderen, onder het nummer 280114 - 280125 Vervangen van stiften of schroeven doorheen de beenderen tijdens een continue tractie N 30.

De voormelde tarifiering wordt evenwel niet toegepast als het gaat om een continue tractie met stift met het oog op een orthopedische heilkundige correctie van een fractuur van een onderste lidmaat, die wordt beoogd door de verstrekking 294792 - 294803 Bijkomend honorarium voor continue tractie met het oog op een orthopedische heilkundige correctie van fracturen van de onderste ledematen, verricht naar aanleiding van de verstrekkingen nrs. 288853 - 288864, 288875 - 288886, 289273 - 289284 t.e.m. 289391 - 289402, 290474 - 290485, 290496 - 290500, 290533 - 290544, 290555 - 290566 en 290570 - 290581, N 90.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 14, k) (Orthopedie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubrieken 505(11)-01 en 505(11)-02 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, l) (Stomatologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

In artikel 15, § 8, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is bepaald :

« Het honorarium voor extractie van geïmpacteerte of geretineerde tand is enkel verschuldigd indien uit een ter beschikking van de adviserend geneesheer gesteld radiografisch bescheid afdoende blijkt dat de tand werkelijk geïmpacteerd of geretineerd is. »

Wat betekenen de woorden « ter beschikking van de adviserend geneesheer gesteld » :

- Bij de factuur gevoegd
- In het medisch dossier van de patiënt bewaard
- Door de patiënt bewaard
- Andere mogelijkheid?

ANTWOORD

De geneesheer, specialist voor stomatologie, die de verstrekking 312152 - 312163 Desinlusie en extractie van een geïmpacteerte of geretineerde tand door pericoronaire beenderresectie en/of tandosteotomie, al dan niet met voorafgaande trepanatie K 120 heeft verricht, moet het radiografisch controle-document in het dossier van de patiënt bewaren en moet het aan de adviserend geneesheer bezorgen wanneer deze erom verzoekt.

Een radiografisch document dat aan de patiënt is gegeven, mag niet worden beschouwd als was het ter beschikking van de adviserend geneesheer gesteld.

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 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 297135 - 297146 ° Appareil plâtré : du poignet et/ou de la main N 40.

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

Comment faut-il tarifier 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°s 288853 - 288864, 288875 - 288886, 289273 - 289284 à 289391 - 289402 inclus, 290474 - 290485, 290496 - 290500, 290533 - 290544, 290555 - 290566 et 290570 - 290581, N 90.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, k) (Orthopédie), notamment les règles publiées sous les rubriques 505(11)-01 et 505(11)-02 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, l) (Stomatologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

L'article 15, § 8, de la nomenclature des prestations de santé précise :

« Les honoraires pour extraction de dent incluse ne sont dus que si un document radiographique, mis à la disposition du médecin-conseil, établit l'authenticité de l'inclusion. »

Quelle est la signification des termes « mis à la disposition du médecin-conseil » :

- Annexer à la facture
- Conserver au dossier médical du patient
- Conserver par le patient
- Autre possibilité ?

REPONSE

Le médecin spécialiste en stomatologie qui a réalisé la prestation 312152 - 312163 Désinclusion et extraction d'une dent incluse par résection osseuse péri-coronaire et/ou ostéotomie dentaire avec ou sans trépanation préalable K 120 doit conserver le document radiographique de contrôle dans le dossier du patient et doit le transmettre au médecin-conseil si ce dernier en fait la demande.

Un document radiographique remis au patient ne peut pas être considéré comme mis à la disposition du médecin-conseil.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 18, § 2 (Nucleaire geneeskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Mag het bepalen van uitwisselbaar natrium en kalium alsmede van totaal water, volgens de methode met de radio-isotopen, door de verzekering worden vergoed ?

ANTWOORD

Voor zover de geneesheer en het instituut waar de verstrekking wordt verricht, ertoe gemachtigd zijn radioactieve stoffen onder zich te houden en te gebruiken, overeenkomstig de wettelijke bepalingen ter zake, mag de verstrekking driemaal worden vergoed onder nr. 442212 - 442223 Functionele circulatie- of dilutietest met toediening van gemerkte produkten aan de zieke, ongeacht het aantal en de complexiteit van de voor die test nodige onderzoeken (ten minste twee methoden voor de schildklier) N 165.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Test in vivo met registrering van de radioactiviteit ter hoogte van de schildklier met twee gemerkte produkten, die omvat :

— studie van het captatiemechanisme van Tc 99 dat in de schildklier niet organisch wordt geabsorbeerd;

— studie van de organische absorptie of hormonale synthese met I 131, plus scintigrafie van de schildklier zonder bijkomende toediening van gemerkt produkt.

ANTWOORD

De studie van het captatiemechanisme van Tc 99 en de studie van de organische absorptie of hormonale synthese met I 131 meten twee verschillende schildklierfuncties.

De tarifiering moet derhalve zijn : 442632 - 442643 Functionele schildkliertest (zie verstrekking 442234 - 442245), één enkele methode, en scintigrafie van de schildklier N 165 en 442234 - 442245 Functionele circulatie- of dilutietest op de schildklier met toediening van gemerkte produkten aan de zieke, ongeacht het aantal en de complexiteit van de voor die test nodige onderzoeken : één enkele methode N 85.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Metten van het globulair volume door de test met Cr 51, gecombineerd met het meten van het plasmavolume door met I 131 gemerkte albumine.

ANTWOORD

Wanneer het meten van het globulair volume door de test Cr 51 (699075 - 699086) wordt gecombineerd met het meten van het plasmavolume door met I 131 gemerkte albumine (699090 - 699101), mogen de twee moleculen afzonderlijk worden vergoed en wordt de verstrekking eenmaal getarifeerd onder nr. 442212 - 442223 Functionele circulatie- of dilutietest met toediening van gemerkte produkten aan de zieke ... N 165 voor het geheel van de tests.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 18, § 2 (Nucleaire geneeskunde) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 507(02) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, met uitzondering van de interpretatieregels goedgekeurd door het Verzekeringscomité op 7 mei 2001.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, a) (Inwendige geneeskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Het reflexogram van de Achillespees omvat twee technieken : een methode waarmee de verplaatsing van de voet kan worden gemeten en een methode waarmee de snelheid van de verplaatsing kan worden gemeten.

Mogen twee reflexogrammen in rekening worden gebracht wanneer de twee technieken op dezelfde voet of op beide voeten worden toegepast ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 470050 - 470061 Reflexogram met grafiek N 8 mag slechts eenmaal worden geattesteerd.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 18, § 2 (Médecine nucléaire) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

La détermination du sodium et du potassium échangeables ainsi que de l'eau totale par la méthode des radio-isotopes est-elle remboursable par l'assurance ?

REPONSE

Pour autant que le médecin et l'institut où la prestation est effectuée soient autorisés à détenir et à utiliser des substances radioactives, conformément aux dispositions légales en la matière, la prestation est remboursable trois fois sous le n° 442212 - 442223 Test fonctionnel, circulatoire ou de dilution avec administration de produits marqués au malade, quels que soient le nombre et la complexité des examens nécessaires pour ce test (deux méthodes au moins pour la thyroïde) N 165.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Test in vivo avec enregistrement de la radioactivité au niveau de la thyroïde avec deux produits marqués, comprenant :

— une étude du mécanisme de captation du Tc 99 qui n'est pas absorbé organiquement dans la thyroïde.

— une étude de l'absorption organique ou synthèse hormonale avec I 131, plus scintigraphie thyroïdienne sans administration complémentaire de produit marqué.

REPONSE

L'étude du mécanisme de captation du Tc 99 et l'étude de l'absorption organique ou synthèse hormonale avec I 131 constituent deux fonctions thyroïdiennes différentes.

Dès lors, la tarification doit s'établir comme il suit : 442632 - 442643 Test thyroïdien fonctionnel (cf. prestation 442234 - 442245) une seule méthode, et scintigraphie de la thyroïde N 165 et 442234 - 442245 Test thyroïdien fonctionnel, circulatoire ou de dilution avec administration de produits marqués au malade, quels que soient le nombre et la complexité des examens nécessaires pour ce test : une seule méthode N 85.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Mesure du volume globulaire par le test au Cr 51 combinée à la mesure du volume plasmatique par l'albumine marquée à l'I 131.

REPONSE

Lorsque la mesure du volume globulaire par le test au Cr 51 (699075 - 699086) est combinée à la mesure du volume plasmatique par l'albumine marquée à l'I 131 (699090 - 699101), les deux molécules sont remboursables séparément et la prestation est tarifiée une fois 442212 - 442223 Test fonctionnel, circulatoire ou de dilution avec administration de produits marqués au malade... N 165 pour l'ensemble des tests.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 18, § 2 (Médecine nucléaire), notamment les règles publiées sous la rubrique 507(02) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des règles interprétatives approuvées par le Comité de l'assurance le 7 mai 2001.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20, § 1^{er}, a) (Médecine interne) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Le réflexogramme achilléen comporte deux techniques : une méthode qui permet de mesurer le déplacement du pied et une méthode qui permet de mesurer la vitesse de déplacement.

Peut-on facturer deux réflexogrammes, lorsque les deux techniques sont réalisées sur le même pied ou aux deux pieds ?

REPONSE

La prestation n° 470050 - 470061 Réflexogramme avec graphique N 8 ne peut être attestée qu'une seule fois.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Mag verzekeringstegemoetkoming worden toegestaan voor doseringen die op de nierdialysevloeistof worden verricht om de werkelijke concentratie in het water van calcium en andere ionen te controleren.

ANTWOORD

Die doseringen moeten worden beschouwd als kosten voor het op gang brengen van de dialyse en zijn gedekt door de tegemoetkoming waarin is voorzien voor de dialyseverstrekingen.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 20, § 1, a) (Inwendige geneeskunde) met name de interpretatieregels gepubliceerd in rubriek 508(01) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 22 (Fysiotherapie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Wordt verstrekking nr. 291012 - 291023 Trepanatie van tibia N 200 vergoed, wanneer ze als verwante handeling wordt uitgevoerd door een geneesheer die erkend is als specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie of voor fysiotherapie of voor reumatologie ?

ANTWOORD

Er bestaat geen officiële lijst van verwante handelingen omdat die verstrekkingen te talrijk zijn en de voorwaarden waaronder ze mogen worden verricht, te verscheiden zijn. Het doel van die verwante handelingen is de geneesheer-specialist in staat te stellen zelf de onderzoeken uit te voeren welke bijdragen tot de diagnose van een aandoening die tot zijn discipline behoort en hem de gelegenheid geven de behandelingen die specifiek tot zijn specialisme behoren, te vervolmaken door aanvullende of bijkomende therapieën.

Een bloedige heelkundige bewerking (in dit geval een ingreep op de beenderen) kan niet worden beschouwd als een met het specialisme fysische geneeskunde en revalidatie of fysiotherapie of met reumatologie verwante verstrekking.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Mag een fysiotherapeut verstrekking nr. 109012 Advies N 2 cumuleren met technische, therapeutische verstrekkingen in omstandigheden waarin, bij toepassing van artikel 23, § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, de raadpleging niet mag worden gecumuleerd met therapeutische verstrekkingen ?

ANTWOORD

In artikel 23, § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is bepaald dat het honorarium voor therapeutische verstrekkingen alleen maar mag worden gecumuleerd met het honorarium voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer naar aanleiding van de raadpleging die heeft geleid tot het voorschrijven van een therapeutische verstrekking, naar aanleiding van de evaluatie-raadpleging na afloop van een reeks van die verstrekkingen of naar aanleiding van de uitvoering van de verstrekking nr. 558773 - 558784, met uitsluiting van de verstrekkingen 558810 - 558821 en 558832 - 558843 die reeksen van verstrekkingen vormen.

Als de vergoeding van een raadpleging verboden is, is ook elke andere verstrekking die een gedeelte van de raadpleging is, uitgesloten. De verstrekking 109012 mag met andere woorden niet met de technische handelingen worden gecumuleerd.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Hoe mag de relaxatie en de inductie van de slaap door de transcerebrale emissie van een rechthoekige stroom met lage frequentie en zwakke intensiteit, eventueel gecombineerd met een continue galvanische stroom met laag voltage, worden geattesteerd ?

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour des dosages effectués dans le liquide de dialyse rénale en vue de contrôler la concentration réelle de l'eau en calcium et autres ions de l'eau ?

REPONSE

Ces dosages doivent être considérés comme frais de mise en route de la dialyse et sont couverts par l'intervention prévue pour les prestations de dialyse.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1^{er}, a) (Médecine interne) notamment les règles publiées sous la rubrique 508(01) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 22 (Physiothérapie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 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.

REGLE INTERPRETATIVE 2

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.

REGLE INTERPRETATIVE 3

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 ?

ANTWOORD

De beschreven techniek moet worden geattesteerd onder nr. 558670 - 558681 Therapeutische golven met elektrische energie (galvanisatie, ionisatie, faradisatie, speciale elektrische stromen) K 5 en niet onder nr. 477050 - 477061 Convulsivotherapie door scheikundig of natuurkundig procédé, de therapie moet werkelijk convulsief zijn - elektronarcose, per verrichting K 25 : de door deze omschrijving beoogde elektronarcose is een convulsivotherapie techniek, die analoog is met de elektroshock, die de toepassing vergt van stromen met hoge intensiteit en hoog voltage.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende de artikelen 22 en 23 (Fysiotherapie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 510 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 24 (Klinische biologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Opzoeken van albumine en glucose in de urine.

ANTWOORD

Het kwalitatief opzoeken van de albumine of glucose in de urine is nooit opgenomen geweest in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Dat opzoeken is altijd geacht deel uit te maken van de raadpleging van de geneesheer. Voor die verstrekking is dus generlei vergoeding verschuldigd, ongeacht of ze door een geneesheer dan wel door een apotheker is verricht.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Mag een verzekeringstegemoetkoming worden toegestaan voor doseringen die op de nierdialysevloestof worden verricht om de werkelijke concentratie in het water van calcium en andere ionen te controleren ?

ANTWOORD

Die doseringen moeten worden beschouwd als kosten voor het op gang brengen van de dialyse en zijn gedekt door de tegemoetkoming voorzien voor de dialyseverstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Cytologisch onderzoek van een uitstrijkpreparaat van een punctie van de milt of van een punctie van een lymfeklier.

ANTWOORD

Het cytologisch onderzoek van een uitstrijkpreparaat van een punctie van de milt of van een lymfeklier moet worden getarifeerd onder nr. 553055 - 553066 Cytologisch onderzoek en formule van een uitstrijkpreparaat van punctie van een hematopoëtisch orgaan (met verslag) B 1000

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Welke technische voorwaarden moeten vervuld zijn opdat een verstrekking inzake klinische biologie die het doseren van een substantie impliceert, aan de verzekering mag worden aangerekend ?

ANTWOORD

Om een verstrekking inzake klinische biologie die het doseren van een substantie impliceert, aan de verzekering te mogen aanrekenen, moet men een techniek voor het doseren daarvan correct hebben toegepast, zelfs als men zich in bepaalde gevallen buiten de detectie-drempel van de aangewende techniek bevindt en de substantie niet meetbaar is.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 24 (Klinische biologie), met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 511 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

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

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant les articles 22 et 23 (Physiothérapie), notamment les règles publiées sous la rubrique 510 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 24 (Biologie clinique) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Recherche de l'albumine urinaire et du glucose urinaire.

REPONSE

La recherche qualitative de l'albumine urinaire ou du glucose urinaire n'a jamais figuré à la nomenclature des prestations de santé.

Cette recherche a toujours été considérée comme faisant partie de la consultation du médecin. Aucun remboursement n'est donc dû pour cette prestation, qu'elle ait été effectuée par un médecin ou par un pharmacien.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour des dosages effectués dans le liquide de dialyse rénale en vue de contrôler la concentration réelle de l'eau en calcium et autres ions de l'eau ?

REPONSE

Ces dosages doivent être considérés comme frais de mise en route de la dialyse et sont couverts par l'intervention prévue pour les prestations de dialyse.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Examen cytologique d'un frottis de ponction de la rate ou d'un ganglion lymphatique.

REPONSE

L'examen cytologique d'un frottis de ponction de la rate ou d'un ganglion lymphatique doit être tarifé sous le n° 553055 - 553066 Examen cytologique et formule d'un frottis de ponction d'un organe hématopoïétique (avec rapport) B 1000

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Quelles sont les conditions techniques requises pour pouvoir porter en compte à l'assurance une prestation de biologie clinique impliquant le dosage d'une substance ?

REPONSE

Pour pouvoir porter en compte à l'assurance une prestation de biologie clinique impliquant le dosage d'une substance, il faut avoir appliqué correctement une technique de dosage de celle-ci même si, dans certains cas, on se trouve en dehors du seuil de détection de la technique utilisée et que la substance n'est pas mesurable.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 24 (Biologie clinique) notamment les règles publiées sous la rubrique 511 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 25 (Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Het honorarium voor de verlossing omvat gedurende tien dagen het honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis ter verlossing opgenomen rechthebbende. Als de verlossing door een geneesheer wordt verricht, is er geen probleem. Mag de geneesheer een honorarium aanrekenen als de verlossing door een vroedvrouw wordt verricht en geneeskundig toezicht aangewezen is ?

ANTWOORD

Het voor de verlossing betaalde honorarium omvat het honorarium voor toezicht op de rechthebbende, zelfs wanneer de verlossing door een vroedvrouw is verricht.

Het is nochtans niet uitgesloten dat een geneesheer-specialist door de verantwoordelijke geneesheer van de kraaminrichting bij de rechthebbende kan worden geroepen. In dat geval mag het onder nr. 599082 Honorarium voor het onderzoek van een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende door een geneesheer-specialist op verzoek van de geneesheer die op hem toezicht uitoefent C 12 bepaalde honorarium worden vergoed onder de in die rubriek vastgestelde voorwaarden.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Heelkundige bewerkingen worden niet uitsluitend in de eigenlijke heelkundige diensten verricht. Vooral in de diensten voor oftalmologie, otorhinolaryngologie, urologie en gynaecologie worden talrijke operaties verricht. Moet derhalve, wanneer een heelkundige bewerking wordt verricht, het verblijf in dergelijke diensten, wat het honorarium voor toezicht betreft, worden gelijkgesteld met het verblijf in een heelkundige dienst ?

ANTWOORD

Het begrip dienst komt niet in aanmerking voor het vergoeden van het honorarium voor toezicht : het is de verrichte verstrekking die in aanmerking wordt genomen.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Mag het honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende worden vergoed wanneer dit toezicht de eerste dag pas vrij laat en de dag van het ontslag nog vrij vroeg wordt uitgeoefend ?

ANTWOORD

Het koninklijk besluit van 14 september 1984 voorziet in een forfaitair honorarium per dag voor het toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende.

Dat honorarium is steeds gebonden aan de verpleegdag. Wanneer de voorwaarden voor het vergoeden van een verpleegdag niet zijn vervuld, beschouwt men dat er geen opname is als bedoeld in de verzekering; het honorarium voor toezicht mag derhalve niet worden vergoed.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Een kinderarts maakt een "getuigschrift voor hulp verstrekt aan verpleegden" op voor de verstrekkingen nrs. 598404 C 16, 598021 C 6 en 598043 C 3, ten behoeve van een pasgeborene voor wie er evenwel geen opname in een ziekenhuis in de eigenlijke betekenis is geweest. De kliniek heeft geen aanvraag om ziekenhuisverpleging doorgezonden en heeft geen verpleegdagen voor die pasgeborene aangerekend.

ANTWOORD

Het blijkt dat het kind zelf niet opgenomen geweest is vermits er geen kennisgeving van ziekenhuisverpleging bij de verzekeringsinstelling is ingediend en geen verpleegdagen voor het kind zijn aangerekend.

Derhalve gaat het om een klassiek geval en :

1. dekt de verpleegdagprijs, toegekend voor de moeder, de opname van het kind gedurende tien dagen;
2. is het honorarium voor toezicht gedurende tien dagen gedekt door het honorarium betaald voor de verlossing;

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Les honoraires pour l'accouchement comprennent les honoraires de surveillance pour la bénéficiaire hospitalisée à l'occasion de son accouchement durant une période de dix jours. Si l'accouchement est fait par un médecin, il n'y a pas de problème. Si l'accouchement est fait par une accoucheuse et qu'une surveillance médicale est indiquée, le médecin peut-il porter en compte des honoraires ?

REPONSE

Les honoraires payés pour l'accouchement comprennent les honoraires pour la surveillance de la bénéficiaire même lorsque l'accouchement a été fait par une accoucheuse.

Il n'est cependant pas exclu qu'un médecin spécialiste puisse être appelé auprès de la bénéficiaire par le médecin responsable de la maternité. Dans ce cas, les honoraires prévus sous le n° 599082 Honoraires pour l'examen par un médecin spécialiste d'un bénéficiaire hospitalisé à la demande du médecin qui en a la surveillance C 12 pourront être remboursés dans les conditions fixées sous cette rubrique.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Des interventions chirurgicales ne se pratiquent pas uniquement dans les services de chirurgie proprement dits. Les services d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'urologie et de gynécologie notamment procèdent à de nombreuses opérations. Au point de vue des honoraires de surveillance, le séjour dans de tels services doit-il dès lors être assimilé au séjour en service de chirurgie lorsqu'une intervention chirurgicale est pratiquée ?

REPONSE

La notion de service n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement des honoraires de surveillance : c'est la prestation qui est effectuée qui est prise en considération.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Les honoraires dus pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé peuvent-ils être remboursés si cette surveillance s'est exercée assez tard le 1^{er} jour et assez tôt le jour du départ ?

REPONSE

L'arrêté royal du 14 septembre 1984 prévoit des honoraires journaliers forfaitaires pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé.

Ces honoraires sont toujours liés à la journée d'hospitalisation. Lorsque les conditions fixées pour le remboursement d'une journée d'hospitalisation ne sont pas remplies, l'on considère qu'il n'y a pas d'hospitalisation au sens de l'assurance et dès lors, les honoraires de surveillance ne peuvent être remboursés.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Un pédiatre établit une « attestation de soins donnés aux malades hospitalisés » pour les prestations nos 598404 C 16, 598021 C 6 et 598043 C 3 en faveur d'un nouveau-né pour lequel il n'y a cependant pas eu d'hospitalisation au sens propre du mot. La clinique n'a pas transmis de demande d'hospitalisation et n'a pas porté de journée d'hospitalisation en compte pour ce nouveau-né.

REPONSE

Il apparaît que l'enfant n'a pas été hospitalisé pour son propre compte puisqu'aucun avis d'hospitalisation n'a été adressé à l'organisme assureur et qu'aucune journée d'entretien n'a été réclamée pour l'enfant.

Dans ces conditions, il s'agit d'un cas classique et :

1. le prix de journée d'entretien accordé pour la mère couvre l'hospitalisation de l'enfant pendant dix jours;
2. les honoraires de surveillance sont couverts pendant dix jours par les honoraires payés pour l'accouchement;

3. mag het honorarium voor bemoeiing van de geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde, 599104 Honorarium voor het klinisch onderzoek van een pasgeborene die in een dienst M verblijft, door de pediater C 20 maximum tweemaal tijdens het verblijf van de pasgeborene in de dienst M, exclusief de verstrekkingen nrs. 598404 C 16, 598021 C 16 en 598043 C 3, worden vergoed.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Een gerechtigde is aangesloten bij een andere verzekeringsinstelling dan haar echtgenoot. Ze bevalt in een kraaminrichting. Bemoeiing van een specialist voor kindergeneeskunde binnen 10 dagen.

Welke verzekeringsinstelling moet verstrekking nr. 599104 Honorarium voor het klinisch onderzoek van een pasgeborene die in een dienst M verblijft, door de pediater C 20 vergoeden : die van de vader of die van de moeder ?

ANTWOORD

Behoudens uitzondering wordt het kind gedurende de 10 dagen na de geboorte niet zelf opgenomen : het volgt zijn moeder en een enkele verpleegdag wordt voor beiden op naam van de moeder vergoed.

Wanneer verstrekking nr. 599104 C 20 voor een pasgeborene wordt aangerekend, moet er bijgevolg noodzakelijk een logische band zijn met de persoon voor wie de verpleegdag wordt aangerekend. Als de moeder zelf gerechtigde is, komen de verstrekkingen ten laste van haar verzekeringsinstelling en niet ten laste van die van haar echtgenoot.

Wanneer het kind zelf wordt opgenomen, of wanneer het kind opgenomen blijft na het tijdvak van 10 dagen, zijn om het even welke verstrekkingen ten laste van de verzekeringsinstelling van de gerechtigde van wie het kind rechthebbende is.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Een rechthebbende is opgenomen in een neurologische kliniek (voltijdse opname). De behandelende psychiater brengt regelmatig honoraria voor toezicht in rekening.

Voorts gaat de zieke op raadpleging bij een neuropsychiater in diens spreekkamer in de stad, om er psychotherapiezittingen te volgen. Mag deze geneesheer-specialist voor iedere zitting een raadpleging of een psychotherapeutische behandelingszitting aanrekenen ?

ANTWOORD

Het honorarium voor toezicht dat wordt vergoed voor een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende, dekt het bezoek van alle geneesheren die toezicht komen uitoefenen.

De betaling van het honorarium voor toezicht sluit elke mogelijkheid uit tot vergoeding van het honorarium voor raadpleging of bezoek, waarin is voorzien in hoofdstuk II van de nomenclatuur, ongeacht of ze plaats hebben gehad buiten of in de verplegingsinrichting.

INTERPRETATIEREGEL 7

a) Het toezicht door een geneesheer-specialist voor inwendige pathologie gedurende het tijdvak dat valt vóór een eerste therapeutische heilkundige of orthopedische bewerking of een verloskundige verstrekking welke al dan niet plaats heeft binnen de eerste tien dagen opname, geeft aanleiding tot de vergoeding van het honorarium voor toezicht, ongeacht de duur van de post-operatieve periode.

Alleen ingeval het toezicht wordt uitgeoefend door een geneesheer-specialist voor uitwendige pathologie, of een anesthesist of nog door een geneesheer die geen specialist voor uitwendige pathologie is en een therapeutische heilkundige of orthopedische of verloskundige bewerking verricht, en die bewerking plaats heeft binnen de eerste tien dagen opname, wordt de immuniteitsperiode gerekend vanaf de eerste dag opname onder toezicht van een dergelijk geneesheer (cf. art. 25, § 2, a), 2° en 3°, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).

b) Wanneer, tijdens een zelfde opnemingsperiode, verscheidene therapeutische heilkundige of orthopedische bewerkingen of verloskundige verstrekkingen elkaar opvolgen, maakt elke nieuwe ingreep een einde aan de vorige immuniteitsperiode en doet een nieuwe immuniteitsperiode van 10 dagen ingaan.

3. les honoraires pour l'intervention du médecin spécialiste en pédiatrie (599104 Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M, C 20) peuvent être remboursés au malade au maximum deux fois pendant la durée du séjour du nouveau-né en service M, à l'exclusion des prestations n^{os} 598404 C 16, 598021 C 16 et 598043 C 3.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Une titulaire est affiliée à un organisme assureur différent de celui de son mari. Elle accouche dans une maternité. Un pédiatre intervient dans les 10 jours.

Quel organisme assureur doit rembourser la prestation n° 599104 Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M, C 20 : celui du père ou celui de la mère ?

REPONSE

Sauf exception, pendant les 10 jours qui suivent la naissance, l'enfant n'est pas hospitalisé pour son propre compte, il suit sa mère et une seule journée d'entretien est remboursée pour les deux, au nom de la mère.

Par conséquent, lorsque la prestation 599104 C 20 est portée en compte pour un nouveau-né, il faut nécessairement qu'il y ait corrélation avec la personne pour laquelle la journée d'hospitalisation est portée en compte. Si la mère elle-même est titulaire, les prestations sont à charge de son organisme assureur et non à charge de celui de son conjoint.

Lorsque l'enfant est hospitalisé pour son propre compte, ou lorsque l'enfant reste hospitalisé au-delà de la période de 10 jours, les prestations quelles qu'elles soient, sont à charge de l'organisme assureur du titulaire dont l'enfant est le bénéficiaire.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Un bénéficiaire est hospitalisé dans une clinique neurologique (hospitalisation à temps plein). Le psychiatre traitant porte régulièrement en compte des honoraires de surveillance.

Par ailleurs, le malade se rend en consultation chez un neuropsychiatre, dont le cabinet est situé en ville, pour y suivre des séances de psychothérapie. Ce spécialiste peut-il porter en compte à chaque séance une consultation ou une séance de traitement psychothérapeutique ?

REPONSE

Les honoraires de surveillance remboursés pour un bénéficiaire hospitalisé couvrent les visites de tous les médecins qui participent à cette surveillance.

Le paiement des honoraires de surveillance exclut toute possibilité de rembourser des honoraires de consultation ou de visite prévus au chapitre II de la nomenclature, qu'elles aient lieu au dehors ou dans l'établissement hospitalier.

REGLE INTERPRETATIVE 7

a) La surveillance par un médecin spécialiste en pathologie interne pendant la période qui précède une première intervention thérapeutique, chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale qui se situe ou non dans les dix premiers jours de l'hospitalisation donne lieu au remboursement des honoraires de surveillance et cela quelle que soit la durée de la période post-opératoire.

Ce n'est que dans le cas où la surveillance est faite par un médecin spécialiste en pathologie externe ou un anesthésiste ou un médecin non spécialiste en pathologie externe qui pratique une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou obstétricale et que l'intervention se situe dans les dix premiers jours de l'hospitalisation que la période d'immunisation se compte à partir du premier jour d'hospitalisation sous la surveillance d'un tel médecin (cfr. art. 25, § 2, a), 2° et 3°, de la nomenclature des prestations de santé).

b) Lorsque pendant une même période d'hospitalisation, plusieurs interventions thérapeutiques chirurgicales ou orthopédiques ou prestations obstétricales se succèdent, chaque nouvelle intervention met fin à la période d'immunisation précédente et ouvre une nouvelle période d'immunisation de 10 jours.

De zware heekundige bewerkingen, bedoeld in artikel 25, § 2, a), 2°, derde lid van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen hebben evenwel geen immunisatie van het honorarium voor toezicht gedurende tien dagen tot gevolg.

(Die uitzonderingsregel blijft van toepassing wanneer een niet in artikel 25, § 2, a), 2°, derde lid, van de nomenclatuur bedoelde heekundige bewerking, een ingreep inzake zware heekunde voorafgaat of erop volgt).

c) De immuniteitsperiode van 10 dagen beoogt elke bloedige of onbloedige therapeutische heekundige of orthopedische bewerking of verloskundige verstrekking van de hoofdstukken IV en V van de nomenclatuur, inclusief de gipsverbanden, maar met uitsluiting van de gipsafdrukken, alsmede elke percutane interventionele behandeling onder medische beeldvormingscontrole.

Nochtans, wanneer de waarde van de verstrekking of van de som van verscheidene verstrekkingen lager is dan die van het honorarium voor toezicht, mag de geneesheer één van die twee honoraria kiezen.

d) Er wordt geen einde gemaakt aan de immuniteitsperiode wanneer de rechthebbende terugkeert na een onderbreking van de opneming van minder dan 4 dagen (minder dan 31 dagen in de diensten K, A, T, Sp-chronisch, G en Tf) en de dagen afwezigheid worden derhalve in aanmerking genomen voor het berekenen van het aantal geïmmuniseerde dagen. Hetzelfde geldt voor het honorarium voor toezicht: de dagen afwezigheid worden in aanmerking genomen voor het berekenen van het aantal dagen toezicht tijdens de afwezigheid, zonder dat zulks de betaling van het honorarium voor toezicht impliceert.

Er wordt evenmin een einde gemaakt aan de immuniteitsperiode van 10 dagen wanneer een geopereerde rechthebbende onder het toezicht komt van een geneesheer-specialist voor inwendige pathologie, of wanneer hij in een zelfde verplegingsinrichting van een dienst naar een andere wordt overgebracht, in ziekenhuizen die zijn gefusioneerd en waaraan slechts één erkenningsnummer is toegekend of nog in een ziekenhuisgroepering zoals bepaald in het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

Als de rechthebbende daarentegen naar een andere verplegingsinrichting dan de hierbovenbedoelde wordt overgebracht, moet worden beschouwd dat er een nieuw opnemingsstijdvak begint.

e) In geval van overbrenging van de rechthebbende naar een andere dienst in een zelfde verplegingsinrichting, wordt het toezichtshonorarium geattesteerd, rekening houdende met het aantal dagen dat sinds het verblijf in de vorige dienst is verstreken. Het is derhalve niet toegestaan de toezichtshonoraria waarin voor het begin van de opneming is voorzien, opnieuw te attesteren.

Dezelfde regel is ook van toepassing wanneer de overbrenging gebeurt tussen twee ziekenhuizen die tot een zelfde ziekenhuisgroepering behoren zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 30 juni 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Honorarium voor toezicht wanneer men verstrekking nr. 257272 - 257283 Bronchoscope met extractie van vreemde lichamen K 120 verricht.

ANTWOORD

Aangezien het verwijderen van vreemde lichamen door bronchoscope een therapeutische heekundige bewerking van afdeling 5. Heekunde is, is geen honorarium voor toezicht verschuldigd gedurende tien dagen.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Een geneesheer die gelijktijdig erkend is als neuroloog en als neurochirurg, oefent toezicht uit op een van 1 tot 25.10 in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende en vraagt de volgende honoraria: 598404 C 16 x 5, 598021 C 6 x 1, 598043 C 3 x 9.

De heekundige bewerking die door een andere neurochirurg is verricht, had plaats op 7.10. Is de tarifiering juist?

Toutefois, les interventions chirurgicales lourdes, visées à l'article 25, § 2, a), 2°, 3° alinéa, de la nomenclature des prestations de santé, n'entraînent pas l'immunisation des honoraires de surveillance pendant dix jours.

(Cette règle d'exception reste d'application lorsqu'une intervention chirurgicale non visée à l'article 25, § 2, a), 2°, 3° alinéa, de la nomenclature, précède ou suit l'intervention de chirurgie lourde).

c) L'immunisation de 10 jours vise toute intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou prestation obstétricale - sanglante ou non - des chapitres IV et V de la nomenclature, y compris les plâtres mais à l'exclusion des prises de moulage, ainsi que tout traitement interventionnel percutané sous contrôle d'imagerie médicale.

Toutefois, lorsque la valeur de la prestation ou de la somme de plusieurs prestations est inférieure à celle des honoraires de surveillance, le médecin peut choisir entre l'un ou l'autre de ces honoraires.

d) Il n'est pas mis fin à la période d'immunisation lorsque le bénéficiaire rentre après une interruption de l'hospitalisation de moins de 4 jours (moins de 31 jours en service K, A, T, Sp-chronique, G et Tf) et dès lors, les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours immunisés. Il en est de même pour les honoraires de surveillance: les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours de surveillance pendant l'absence sans que cela implique le paiement des honoraires de surveillance.

Il n'est pas mis fin non plus à la période d'immunisation de 10 jours lorsqu'un bénéficiaire opéré passe sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie interne, ni lorsqu'il est transféré d'un service à l'autre, au sein d'un même établissement hospitalier, au sein d'hôpitaux qui ont fusionné ensemble et auxquels un numéro d'agrément unique est attribué ou encore au sein d'un même groupement d'hôpitaux tel que défini par l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Par contre, en cas de transfert du bénéficiaire dans un établissement hospitalier autre que ceux visés ci-dessus, il faut considérer qu'une nouvelle période d'hospitalisation commence.

e) En cas de transfert du bénéficiaire dans un autre service au sein d'un même établissement hospitalier, les honoraires de surveillance sont attestés en tenant compte du nombre de jours écoulés lors du séjour dans le service précédent. Il n'est dès lors pas permis d'attester à nouveau les honoraires de surveillance prévus en début d'hospitalisation.

La même règle s'applique aussi lorsque le transfert a lieu entre deux hôpitaux appartenant à un même groupement d'hôpitaux tel que visé à l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter ou entre deux hôpitaux qui ont fusionné ensemble et qui ont dès lors un numéro d'agrément unique.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Honoraires de surveillance lorsqu'on effectue la prestation n° 257272 - 257283 Bronchoscope avec extraction de corps étrangers K 120.

REPONSE

L'extraction de corps étrangers par bronchoscope étant une intervention thérapeutique de la section 5, Chirurgie, aucun honoraire de surveillance n'est dû pendant dix jours.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Un médecin ayant simultanément l'agrément de neurologue et de neurochirurgien exerce la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé du 1 au 25.10 et réclame les honoraires suivants: 598404 C 16 x 5, 598021 C 6 x 1, 598043 C 3 x 9.

L'intervention chirurgicale pratiquée par un autre neurochirurgien se situe au 7.10. La tarification est-elle exacte?

ANTWOORD

Wegens zijn dubbele erkenning als specialist voor inwendige pathologie en voor uitwendige pathologie is op de geneesheer artikel 25, § 2, a), 2°, eerste lid, van toepassing, dat luidt :

« Het honorarium voor toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende die een therapeutische heilkundige of orthopedische bewerking of een verloskundige verstrekking ondergaat, wordt gedurende 10 dagen gedekt door het honorarium dat voor die bewerking is bepaald. Die 10 dagen moeten worden berekend vanaf de eerste opnemingsdag van de rechthebbende onder het toezicht van een geneesheer-specialist voor uitwendige pathologie of van een geneesheer-specialist voor anesthesie. »

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Mag het honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende of het honorarium voor raadpleging worden aangerekend in de gevallen die zijn bedoeld in artikel 4, §§ 4, 5 en 6, van de nationale overeenkomst tussen de verzekeringsinstellingen en de verplegingsinrichtingen ?

ANTWOORD

1. In de gevallen die zijn opgesomd in artikel 4, § 4 (maxiforfait), § 5 (forfait A, B, C of D) en § 6 (niedialyse) van de nationale overeenkomst tussen de verzekeringsinstellingen en de verplegingsinrichtingen, moeten de geneeskundige honoraria voor toezicht worden toegepast (artikel 25 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).

Er mag geen honorarium voor raadpleging worden aangerekend

2. In de gevallen, opgesomd in artikel 4, § 3 (miniforfait) en § 7 (gipskamer) van de overeenkomst met de verplegingsinrichtingen gaat het niet om ter verpleging opgenomen rechthebbenden en in dat geval is de regeling inzake het honorarium voor toezicht niet van toepassing; het honorarium voor raadpleging mag in rekening worden gebracht, eventueel binnen de perken van de bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Een rechthebbende bevalt in een kliniek zonder de hulp van een geneesheer of van een vroedvrouw; mag het honorarium voor toezicht worden vergoed aan de geneesheer die het postnataal toezicht op de betrokkene uitoefent ?

ANTWOORD

Wanneer het honorarium voor verlossing of elke andere verloskundige verstrekking niet in rekening is gebracht, met name wegens het feit dat geen enkele bevoegde verstrekker die verstrekking heeft verricht, is het honorarium voor toezicht verschuldigd op basis van de bepalingen van artikel 25 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

Veelvuldige tandextracties onder algemene anesthesie : de voorwaarde betreffende de algemene toestand van de patiënt is niet vervuld, de andere voorwaarden van artikel 15, § 9, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn wel vervuld : is er immuniteit voor het honorarium voor toezicht ?

ANTWOORD

In het raam van de bepalingen van artikel 15, § 9, van de nomenclatuur, dekt het honorarium voor veelvuldige tandextracties onder algemene anesthesie het toezicht op de rechthebbende gedurende 10 dagen. Indien de verstrekking nr. 317214 - 317225 + Extractie onder algemene anesthesie van minimum 8 tanden, inclusief alveolectomie en eventuele hechtingen K 125 niet mag worden geattesteerd, is het honorarium voor toezicht verschuldigd.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

Wat moet worden verstaan onder de woorden "geneesheer-specialist voor uitwendige pathologie" die voorkomen in artikel 25, § 2, a), 2°, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen ?

REPONSE

Du fait de sa double reconnaissance comme spécialiste en pathologie interne et en pathologie externe, le médecin tombe sous l'application des dispositions de l'article 25, § 2, a), 2°, premier alinéa, qui prévoient que :

« Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale sont couverts pendant 10 jours par les honoraires prévus pour cette intervention. Ces 10 jours se comptent à partir du premier jour d'hospitalisation du bénéficiaire sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie externe ou d'un médecin spécialiste en anesthésie. »

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Peut-on porter en compte des honoraires de surveillance des bénéficiaires hospitalisés ou des honoraires de consultation dans les cas visés à l'article 4, §§ 4, 5 et 6 de la convention nationale entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers ?

REPONSE

1. Dans les cas énumérés à l'article 4, § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait A, B, C ou D) et § 6 (dialyse rénale) de la convention nationale entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers, le régime des honoraires médicaux de surveillance doit être appliqué (article 25 de la nomenclature des prestations de santé).

Des honoraires de consultation ne peuvent pas être portés en compte.

2. Dans les cas énumérés à l'article 4, § 3 (mini forfait) et § 7 (salle de plâtre) de la convention hospitalière, les patients ne peuvent pas être considérés comme des bénéficiaires hospitalisés et le régime des honoraires de surveillance n'est pas applicable en l'occurrence; les honoraires de consultation peuvent être portés en compte éventuellement dans les limites prévues par les dispositions de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Une bénéficiaire accouche en clinique sans l'aide d'un médecin ou d'une accoucheuse : peut-on rembourser les honoraires de surveillance au médecin qui assure la surveillance post-natale de l'intéressée ?

REPONSE

Lorsque les honoraires pour accouchement ou toute autre prestation obstétricale n'ont pas été portés en compte, notamment en raison du fait qu'aucun prestataire qualifié n'a pratiqué cette prestation, les honoraires de surveillance sont dus sur base des dispositions de l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Extractions dentaires multiples sous anesthésie générale : la condition relative à l'état général du patient n'est pas réalisée, les autres critères prévus à l'article 15, § 9, de la nomenclature des prestations de santé sont remplis : y a-t-il immunisation des honoraires de surveillance ?

REPONSE

Dans le cadre des dispositions de l'article 15, § 9, de la nomenclature des prestations de santé, les honoraires pour les extractions dentaires multiples sous anesthésie générale couvrent la surveillance du bénéficiaire pendant 10 jours. Si la prestation 317214 - 317225 + Extraction sous anesthésie générale, de 8 dents au moins, y compris l'alvéolectomie et les sutures éventuelles K 125 ne peut pas être attestée, les honoraires de surveillance sont dus.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Que faut-il entendre par les termes « médecin spécialiste en pathologie externe » repris à l'article 25, § 2, a), 2°, de la nomenclature des prestations de santé ?

ANTWOORD

Voor de toepassing van de bepalingen van artikel 25, § 2, a), 2°, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen dient onder geneesheer-specialist voor uitwendige pathologie, te worden verstaan, de geneesheren die erkend zijn voor de heelkundige specialismen die zijn opgesomd in de punten a) tot l) van artikel 14 dat als volgt begint : "Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer-specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren".

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Onder welke nummers moet het toezichtshonorarium worden geattesteerd voor de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor neurologie, voor pediatrie of voor reumatologie voor de eerste vijf dagen hospitalisatie van een patiënt in een dienst Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie of Sp-locomotorisch ?

ANTWOORD

Deze toezichtshonoraria moeten worden geattesteerd onder het nummer

599384

Honorarium voor toezicht op de in een dienst Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie of Sp-locomotorisch opgenomen rechthebbende, ongeacht de bekwaming van de geneesheer aan wie het verschuldigd is : de eerste vijf dagen, per dag C 12

of

598323

Honorarium voor toezicht op de in een dienst Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie of Sp-locomotorisch opgenomen rechthebbende, ongeacht de bekwaming van de geneesheer aan wie het verschuldigd is : door een geaccrediteerde geneesheer, de eerste vijf dagen, per dag C 12 + Q 30

naargelang het geval en niet onder het nummer :

598404

Honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende dat verschuldigd is aan de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor neurologie, voor pediatrie, voor reumatologie : eerste vijf dagen, per dag C 16

of

598146

Honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende dat verschuldigd is aan de geaccrediteerde geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor neurologie, voor pediatrie, voor reumatologie : eerste vijf dagen, per dag C 16 + Q 30.

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Moet er immunisatie van het honorarium voor toezicht, voorzien in artikel 25 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden toegepast voor de verstrekking 424056 - 424060 Cardiocardiografie vóór de geboorte (met uitsluiting van de cardiocardiografieën, verricht de dag van de verlossing) : gecombineerd registreren van de hartfrequentie van de foetus, van de intensiteit en van de frequentie van de contracties, met een minimumduur van een half uur, met protocol en uittreksel uit de tracés, per dag K 25 ?

ANTWOORD

Artikel 25, § 2, a) 2° van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalt :

« Het honorarium voor toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende die een therapeutische heelkundige of orthopedische bewerking of een verloskundige verstrekking of een percutane interventionele behandeling onder medische beeldvormingscontrole ondergaat, wordt gedurende tien dagen gedekt door het honorarium dat voor die bewerking is bepaald ... ».

De verstrekking 424056 - 424060 K 25 is ondergebracht in het hoofdstuk Verlossingen, maar het gaat om een diagnostische handeling.

Daar het niet gaat om een bewerking, moet er geen immunisatie van het toezichtshonorarium, voorzien in artikel 25 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, worden toegepast.

Deze toezichtshonoraria mogen dientengevolge worden geattesteerd onder de voorwaarden, vastgesteld in artikel 25 van de nomenclatuur.

REPONSE

Pour l'application des dispositions de l'article 25, § 2, a), 2°, de la nomenclature des prestations de santé, par «médecin spécialiste en pathologie externe», il faut entendre les médecins agréés dans les spécialités chirurgicales citées aux points a) à l) de l'article 14 qui débute par : « Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des disciplines relevant de la pathologie externe ».

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Pour les cinq premiers jours d'hospitalisation, sous quels numéros faut-il attester les honoraires de surveillance du médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie ou en rhumatologie, pour un patient hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur ?

REPONSE

Ces honoraires de surveillance doivent être attestés sous le numéro

599384

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : les cinq premiers jours, par jour C 12

ou

598323

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : par un médecin accrédité, les cinq premiers jours, par jour C 12 + Q 30

selon le cas, et non sous le numéro

598404

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie, en rhumatologie : les cinq premiers jours, par jour C 16

ou

598146

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin accrédité spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie, en rhumatologie : les cinq premiers jours, par jour C 16 + Q 30.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

La prestation 424056 - 424060 Cardiocardiographie anténatale (à l'exclusion des cardiocardiographies effectuées le jour de l'accouchement) : enregistrement combiné du rythme cardio-fœtal, de l'intensité et de la fréquence des contractions, d'une durée minimale d'une demi-heure, avec protocole et extraits des tracés, par jour K 25 entraîne-t-elle l'immunisation des honoraires de surveillance prévus à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé ?

REPONSE

L'article 25, § 2, a) 2°, de la nomenclature des prestations de santé précise que :

« Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale ou un traitement interventionnel percutané sous contrôle d'imagerie médicale, sont couverts pendant 10 jours par les honoraires prévus pour cette intervention... ».

La prestation 424056 - 424060 K 25 est classée dans le chapitre des accouchements mais il s'agit d'un acte diagnostique.

Etant donné qu'il ne s'agit pas d'une intervention, la prestation 424056 - 424060 K 25 n'entraîne pas l'immunisation des honoraires de surveillance, prévus à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé.

Ces honoraires de surveillance peuvent dès lors être attestés dans les conditions prévues à l'article 25 de la nomenclature.

INTERPRETATIEREGEL 16

VRAAG

1. De modaliteiten inzake facturering van honoraria voor raadplegingen en technische handelingen in het raam van een opdracht van een mobiele urgentiegroep (MUG).

2. De modaliteiten inzake facturering van honoraria voor raadplegingen van de specialisten en voor technische handelingen in het raam van een erkende gespecialiseerde dienst voor spoedgevallen.

Het is belangrijk dat men precies weet wie wat mag factureren en vanaf welk ogenblik een patiënt die voor toezicht in een spoedgevallendienst wordt opgenomen als een ter verpleging opgenomen patiënt mag worden aangezien (na 12, 24, 25,... uur?).

3. Bestaat er een honorarium of een forfait voor toezicht in een spoedgevallendienst?

Hierna gaan enkele voorbeelden :

A) Een patiënte van 21 jaar wordt dringend opgenomen wegens acuut abdomen met pijn ter hoogte van de rechter fossa iliaca. Een specialist in spoedeisende geneeskunde onderzoekt de patiënte. Hij verricht een blaaskatheterisme met het oog op een urine-onderzoek, vraagt een klinische biologie, een acuut abdomen en een echografie van het bekken. De bijgeroepen chirurg onderzoekt eveneens de patiënte. Hij vraagt het advies van de gynaecoloog die een transvaginale echografie uitvoert. Aangezien in de urine een weinig bloed wordt aangetroffen wordt het advies gevraagd van een uroloog die een echografie van de nieren en een cystoscopie uitvoert.

Aangezien alle onderzoeken negatief zijn wordt de patiënte gedurende 24 uur onder toezicht geplaatst. De symptomen blijven, er wordt beslist de patiënte op te nemen en er wordt een exploratieve laparoscopie uitgevoerd.

B) Een patiënt collapseert in een supermarkt. Hij heeft een open schedelwonde en een polsfractuur. De MUG komt ter plaatse en de MUG-arts reanimeert de patiënt en plaatst een centrale veneuze katheter. De patiënt wordt naar de spoedgevallendienst overgebracht. De specialist in spoedeisende geneeskunde onderzoekt de patiënt, plaatst een blaaskatheter en hecht de wonde. Hij roept de chirurg die de fractuur zet en een gipsverband aanbrengt. Hij vraagt het advies van de neuroloog die de patiënt onderzoekt maar niets bijzonders vaststelt. Ondertussen is de patiënt spontaan hersteld. Hij weigert verdere controle en verlaat op eigen initiatief het ziekenhuis.

C) Een patiënt wordt buiten bewustzijn naar een privé-kliniek gebracht. De specialist in spoedeisende geneeskunde verricht een intubatie en een blaaskatheterisatie. Het elektrocardiogram verraadt een infarct van de achterwand met opstoten van ritme stoornissen. De opgeroepen internist neemt de behandeling over en laat de patiënt opnemen in de bewakingsafdeling waar een thrombolyse wordt geïnstalleerd.

D) Een patiënt komt naar de spoedgevallendienst wegens een wespensteek. Ogenschoonlijk is er geen enkel acuut symptoom van allergie. Hij wordt verzorgd en verlaat het ziekenhuis. Na dertig minuten komt hij terug met evidente symptomen van ademnood en een oedeem van Quincke. Hij wordt 24 uur opgenomen in de spoedgevallendienst en verlaat het ziekenhuis.

ANTWOORD

1. De geneesheer die met de MUG meegaat mag geen raadpleging of huisbezoek aanrekenen.

De technische handelingen die in het raam van een MUG-opdracht worden verricht moeten onder de nummers voor de niet opgenomen patiënten worden geattesteerd, voor zover aan de criteria van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is voldaan.

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen omvat onder meer de verstrekking 214233-214244 Installatie van en toezicht op de gecontroleerde beademing onder endotracheale intubatie of tracheotomie en op de hartfunctie met gebruik van een waaktoestel dat op zijn minst bestendig het elektrocardiogram volgt, tijdens het begeleiden van het dringend transport van een patiënt in een vermedicaliseerde ambulance... N 150. De toepassingsregels voor die verstrekking zijn vastgesteld in artikel 13 van de nomenclatuur. Die verstrekking mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking 590472 Honorarium voor geneeskundige bijstand verleend door een arts van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, in het kader van een extra-murale medische interventie van een mobiele urgentiegroep, ingevolge van een oproep naar het éénvormig oproepstelsel "100" ... A 50.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

1. Modalité de facturation d'honoraires de consultations et d'actes techniques dans le cadre d'une mission d'un service mobile d'urgence (SMUR).

2. Modalités de facturation d'honoraires de consultations des spécialistes et d'actes techniques dans le cadre du service d'urgence spécialisé agréé.

En détail, il est important de savoir qui peut facturer quoi et deuxièmement, à partir de quel moment un patient admis pour surveillance dans un lit du service d'urgence peut être considéré comme hospitalisé (après 12 h, 24 h, 25 h etc.).

3. Existe-t-il un honoraire ou un forfait de surveillance en urgence ?

Pour illustrer la question, voici quelques exemples :

A) Une patiente de 21 ans est admise en urgence pour abdomen aigu avec douleurs à la fosse iliaque droite. Le médecin urgentiste examine la patiente. Il pratique un cathétérisme vésical pour un examen d'urine, demande une biologie, un abdomen aigu et une échographie du pelvis. Le chirurgien est appelé qui examine également la patiente. Il désire l'avis du gynécologue qui fait une échographie transvaginale. Comme il y a un peu de sang dans les urines, on demande l'avis de l'urologue qui fait une échographie des reins et une cystoscopie.

Tous ces examens restant négatifs, on met la patiente en surveillance pendant 24 heures. La symptomatologie persiste, on décide l'hospitalisation et on pratique une laparoscopie exploratrice.

B) Un patient collapse dans un grand magasin. Il présente une plaie ouverte au crâne et une fracture du poignet. Le SMUR étant appelé sur place, le médecin du SMUR fait une réanimation et place un cathéter veineux central. Le patient est emmené aux urgences. Il est vu par l'urgentiste qui place un cathéter vésical et suture la plaie. Il appelle le chirurgien qui réduit la fracture et met un plâtre. Il demande l'avis du neurologue qui ne trouve rien de particulier dans ses examens. Entre-temps, le patient s'est bien rétabli spontanément, refuse une surveillance supplémentaire et quitte l'hôpital de son propre gré.

C) Un patient est amené en privé, inconscient. L'urgentiste pratique une intubation, un sondage vésical. L'électrocardiogramme montre un infarctus de la paroi postérieure avec des accès de troubles de rythme. L'interniste est appelé et reprend le traitement et hospitalise le patient aux soins intensifs où une thrombolyse est installée.

D) Un patient arrive aux urgences avec une piqûre de guêpe. Il ne montre apparemment aucun symptôme aigu d'allergie. On le soigne. Il quitte l'hôpital. Après 30 minutes il revient et montre des signes évidents de détresse respiratoire avec un oedème de Quincke. Il est admis aux urgences pendant 24 heures, puis il quitte l'hôpital.

REPONSE

1. Aucune consultation ou visite à domicile ne peut être portée en compte par le médecin qui accompagne le SMUR.

Les actes techniques effectués dans le cadre d'une mission du SMUR doivent être attestés sur base des numéros réservés aux patients non hospitalisés, et ce, pour autant que tous les critères fixés par la nomenclature des prestations de santé soient réalisés.

La nomenclature des prestations de santé prévoit notamment la prestation 214233-214244 Installation et surveillance de la respiration contrôlée sous intubation endotrachéale ou trachéotomie et de la fonction cardiaque avec utilisation d'un appareil de monitoring qui suit au moins en permanence l'électrocardiogramme pendant l'accompagnement du transport urgent d'un patient dans une ambulance médicalisée N 150, pour laquelle des règles d'application sont prévues à l'article 13 de la nomenclature. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 590472 Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros d'un service mobile d'urgence suite à un appel au centre d'appel unifié « 100 »... A 50.

De verstrekking 214233-214244 vereist de bekwaamheid van geneesheer, specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor reumatologie, voor pediatrie, voor anesthesiologie, voor heelkunde, voor neurochirurgie, voor orthopedie, voor plastische heelkunde, voor urologie of voor neurologie.

2. In verband met de tarifiering van de verstrekkingen die in een spoedgevallendienst worden verricht, en inzonderheid wat de raadpleging betreft, kan worden herinnerd aan de interpretatieregule nr. 14 betreffende artikel 2 :

« De cumulatie van de raadpleging en het honorarium voor toezicht is niet toegestaan ingeval de patiënt wordt opgeroepen door een geneesheer van de verzorgingsinrichting, wordt gestuurd door zijn behandelend geneesheer of dringend in een verzorgingsinrichting wordt opgenomen om er te worden verpleegd. »

Voorts wordt in de Omzendbrief VI nr. 84/382 van 7 december 1984 toegelicht dat : «de situatie van de patiënt op het tijdstip dat de verstrekking daadwerkelijk wordt verleend, doorgaans bepalend is voor de keuze van het volgnummer; nochtans moet voor de verstrekkingen inzake klinische biologie, pathologische anatomie of nucleaire geneeskunde in vitro de vraag of het om een « ambulante » dan wel op een « ter verpleging opgenomen » patiënt gaat, worden beantwoord in functie van het tijdstip waarop het voorschrift wordt opgemaakt.

De hoedanigheid van « ter verpleging opgenomen patiënt » wordt geacht te bestaan vanaf het uur en de datum van opneming in het ziekenhuis zoals ze zijn vermeld op het document van kennisgeving van ziekenhuisverpleging. »

De analyses die worden voorgeschreven voor een patiënt die zich in de dienst spoedgevallen in het ziekenhuis aanmeldt, mogen worden geattesteerd onder de nummers die zijn voorbehouden voor de ambulante patiënten voor zover de resultaten vóór de opneming zijn bekend en bijgedragen hebben tot de beslissing inzake opneming.

De raadpleging die daadwerkelijk dringend wordt verricht vooraleer wordt beslist de patiënt op te nemen, mag eveneens worden geattesteerd. In die onvoorzienbare of dringende situaties, is er geen tegenstrijdigheid met de hierboven vermelde interpretatieregule nr. 14.

Het mag niet gaan om een systematische procedure die zou worden toegepast op patiënten uit wier toestand dadelijk blijkt dat zij moet worden opgenomen.

Voorts, ingeval een patiënt zich in het ziekenhuis aanbiedt om er te worden opgenomen en bij hem enkele onderzoeken worden uitgevoerd om vervolgens naar een andere inrichting te worden overgebracht, moeten de in het eerste ziekenhuis verrichte analyses worden getarifeerd onder de codenummers die zijn vastgesteld voor de ter verpleging opgenomen patiënten.

— De verstrekkingen moeten worden geattesteerd op naam van de zorgverlener die ze heeft verricht, voor zover hij de door de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vereiste bekwaamheid bezit.

De verstrekkingen die worden verricht door een algemeen geneeskundige, houder van een brevet acute geneeskunde moeten, onder de codenummers die toegankelijk zijn voor de algemeen geneeskundige, op naam van die geneesheer worden geattesteerd.

Waar het gaat om de verstrekkingen die door een geneesheer, kandidaat-specialist, worden verricht, moet worden verwezen naar de bepalingen van de artikelen 1, § 4ter, en 10, § 2, van de nomenclatuur.

La prestation 214233-214244 requiert la qualification de médecin spécialiste en médecine interne, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, rhumatologie, pédiatrie, anesthésiologie, chirurgie générale, neurochirurgie, ortho-pédie, chirurgie plastique, urologie ou neurologie.

2. En ce qui concerne la tarification des prestations effectuées dans le service des urgences, et en particulier en ce qui concerne la consultation, on peut rappeler la règle interprétative n° 14 : relative à l'article 2 qui prévoit que :

« Le cumul entre la consultation et les honoraires de surveillance n'est pas permis dans le cas où le patient est convoqué par un médecin de l'établissement de soins, est envoyé par son médecin traitant ou entre d'urgence dans un établissement de soins, pour y être hospitalisé. »

D'autre part, la circulaire OA n° 84/382 du 7 décembre 1984 précise que : «en règle générale, c'est la situation du patient au moment où la prestation est effectivement dispensée qui est déterminante pour le choix du numéro d'ordre; toutefois pour les prestations de biologie clinique, d'anatomo-pathologie ou de médecine nucléaire in vitro, le caractère « ambulante » ou « hospitalisé » doit être déterminé en fonction du moment de l'établissement de la prescription.

La qualité «d'hospitalisé» du patient est censée exister depuis l'heure et date d'admission à l'hôpital, telles que figurant sur le document de notification d'hospitalisation.»

Les analyses prescrites à un patient qui se présente en urgence à l'hôpital peuvent être attestées sous les numéros réservés aux patients ambulants pour autant que les résultats soient connus avant l'hospitalisation et soient contributifs à la décision d'admission.

La consultation réellement effectuée en urgence avant que ne soit prise la décision d'hospitaliser le patient peut également être attestée. Dans ces situations imprévisibles ou d'urgence, l'on ne se trouve pas en contradiction avec la règle interprétative n° 14 susmentionnée.

Il ne peut pas s'agir d'une procédure systématique qui serait appliquée aux patients dont l'état démontre d'emblée qu'une hospitalisation s'impose.

Par ailleurs, dans le cas où un patient se présente à l'hôpital pour y être hospitalisé, subit quelques examens et est transféré ensuite dans un autre établissement hospitalier, les analyses effectuées dans le premier hôpital doivent être tarifées sous les numéros de code prévus pour les patients hospitalisés.

— Les prestations doivent être attestées au nom du prestataire qui les a effectuées, pour autant qu'il possède la qualification requise par la nomenclature des prestations de santé.

Les prestations effectuées par un médecin de médecine générale porteur d'un brevet de médecine aiguë doivent être attestées au nom de ce médecin sous les numéros de code accessibles au médecin généraliste.

Toutefois, en ce qui concerne les prestations effectuées par un médecin candidat spécialiste, il y a lieu de se référer aux dispositions des articles 1^{er}, § 4ter, et 10, § 2 de la nomenclature.

De verstrekkingen die door een geneesheer, kandidaat-specialist, worden verricht, moeten, op grond van de in artikel 1, § 4^{ter}, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vastgestelde voorwaarden inzake toezicht op de stage, tegen 100 % (door de stagemeester) en tegen 75 % (door de kandidaat-specialist) worden geattesteerd.

Het moet altijd gaan om verstrekkingen die worden verricht in het raam van het door de bevoegde erkenningscommissie goedgekeurde stageplan.

— Een patiënt die met het oog op een toezicht in een bed van de spoedgevallendienst wordt opgenomen wordt beschouwd in een ziekenhuis te zijn opgenomen zodra de geneesheer het nodig acht hem in het ziekenhuis onder toezicht te houden, voor zover het verblijf ten minste één nacht behelst en aan de medische criteria voor de vergoeding van een verpleegdag is voldaan (cf. artikel 9, § 1, van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen).

3. De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen omvat geen specifiek forfait voor toezicht voor de patiënten die in een spoedgevallendienst worden onderzocht en behandeld.

Voor de raadplegingen en de dringende technische verstrekkingen moet worden gesteund op de artikelen 2, A en F, en 26 van de nomenclatuur.

Hierna volgen de antwoorden betreffende de concrete voorbeelden :

A. Als het niet onmiddellijk duidelijk is dat de patiënte moet worden opgenomen, moet worden beschouwd dat ze ter verpleging is opgenomen zodra de geneesheer heeft beslist haar gedurende 24 uur onder toezicht te plaatsen.

De technische handelingen die aan die beslissing voorafgaan moeten worden geattesteerd onder de codenummers waarin is voorzien voor de niet ter verpleging opgenomen patiënten.

De specialist in spoedeisende geneeskunde mag een raadpleging attesteren als de opneming van de patiënte niet direct kon worden voorzien.

De drie geneesheren, specialisten voor uitwendige pathologie mogen voor het onderzoek van de patiënte één enkele raadpleging attesteren voor zover bij die verschillende onderzoeken niet is gebleken dat de opneming van de patiënte onvermijdelijk was en voor zover de specialist in spoedeisende geneeskunde zelf geen erkenning heeft in een heelkundige discipline.

B. Al de voor die patiënt verrichte verstrekkingen moeten worden geattesteerd onder de codenummers waarin is voorzien voor de niet opgenomen patiënten.

C. Zodra de patiënt in het ziekenhuis aankomt moet hij als een opgenomen patiënt worden beschouwd.

D. Als de patiënt de eerste keer in de spoedgevallendienst komt moet hij als een ambulante patiënt worden aangezien.

Zodra hij naar de spoedgevallendienst terugkeert moet hij als een opgenomen patiënt worden beschouwd.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 25 (Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 512 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De Leidend ambtenaar,

Fr. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Les prestations effectuées par un médecin candidat spécialiste seront attestées à 100 % (par le maître de stage) ou à 75 % (par le candidat spécialiste) selon les conditions de surveillance du stage prévues à l'article 1, § 4^{ter} de la nomenclature des prestations de santé.

Il doit toujours s'agir de prestations effectuées dans le cadre du plan de stage approuvé par la Commission d'agrément compétente.

— Un patient admis pour surveillance dans un lit du service des urgences est considéré comme hospitalisé dès le moment où le médecin juge nécessaire de le garder sous surveillance à l'hôpital, pour autant que le séjour hospitalier comprenne au moins une nuitée et que les critères médicaux de remboursement d'une journée d'hospitalisation soient rencontrés (cf. Article 9, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

3. La nomenclature des prestations de santé ne prévoit aucun forfait de surveillance spécifique pour les patients examinés et traités en urgence.

Pour les consultations et les prestations techniques urgentes, il y a lieu de se référer aux dispositions des articles 2, A et F et 26 de la nomenclature.

On trouve ci-dessous la réponse aux exemples concrets soumis :

A. Si la nécessité d'hospitaliser la patiente n'était pas d'emblée prévisible, elle doit être considérée comme hospitalisée à partir du moment où le médecin a décidé de la mettre en surveillance pendant 24 heures.

Les actes techniques qui précèdent cette décision doivent être attestés sous les numéros de code prévus pour les patients non hospitalisés.

Le médecin urgentiste peut attester une consultation si l'hospitalisation de la patiente n'était pas d'emblée prévisible.

Une seule consultation peut être attestée pour l'examen de la patiente par les trois médecins spécialistes en pathologie externe, pour autant que la nécessité d'hospitaliser la patiente ne se soit pas imposée lors de ces différents examens et pour autant que le médecin urgentiste ne soit pas agréé lui-même dans une discipline chirurgicale.

B. Toutes les prestations effectuées pour ce patient doivent être attestées sous les numéros prévus pour les patients non hospitalisés.

C. Le patient doit être considéré comme hospitalisé dès son arrivée à l'hôpital.

D. Lors de son premier passage au service des urgences, le patient doit être considéré comme ambulante.

Il doit être considéré comme hospitalisé dès son retour dans le service des urgences.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés), notamment les règles publiées sous la rubrique 512 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Fr. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.