

Section 6 - Imagerie médicale.

« A.R. 26.03.2003 – en vigueur : 01.04.2003 »

« Article 17 quater. Echographie.

§ 1^{er}.

Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin-spécialiste (B) à l'exception du médecin spécialiste en radiodiagnostic (R) :

Echographie bidimensionnelle

1. Echographie en dehors de la surveillance de la grossesse

Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes :

469313	469324	Transfontanellaire du contenu du crâne	N	53
469335	469346	D'un ou des deux yeux.....	N	30
469350	469361	Du cou.....	N	42
469372	469383	Du thorax.....	N	30
469394	469405	D'un sein ou des deux seins	N	30
De l'abdomen :				
469416	469420	Le foie et/ou la vésicule biliaire et/ou les voies biliaires.....	N	40
469431	469442	Le pancréas et/ou la rate	N	40
469453	469464	Les reins et/ou les glandes surrénales et/ou le rétropéritoine et/ou les vaisseaux sanguins.....	N	40
469475	469486	Du bassin masculin	N	35
469490	469501	Du bassin féminin.....	N	50
469512	469523	Du scrotum.....	N	30
469534	469545	D'un ou de plusieurs membres	N	42
469556	469560	Echographie urinaire complète	N	60
469571	469582	Echographie transrectale	N	40
469593	469604	Echographie transvaginale	N	35
469615	469626	Echographie endoluminale (autre que transrectale ou transvaginale) ..	N	40

« A.R. 17.12.2009 – E.V. 01.03.2010 »

« 469173 469184 Examen abdominal total (foie, vésicule biliaire, rate, pancréas, reins ou glandes surrénales, rétropéritoine) avec au moins huit coupes documentées différentes N 60

➔ Cette prestation est réservée au médecin spécialiste en médecine interne, en gastro-entérologie, en gériatrie ou en pédiatrie. »

« A.R. 06.04.2010 (M.B. 27.04.2010) – E.V. 01.06.2010 »

« 469291 469302 Echographie du petit bassin, quelle que soit la voie d'accès, quelle que soit la sonde, avec ou sans examen duplex couleur des vaisseaux sanguins pelviens, réservée aux gynécologues..... N 40

➔ Les prestations 469490-469501, 469556-469560, 469571-469582, 469593-469604 et 469615-469626 ne peuvent pas être remboursées si elles sont réalisées par un gynécologue. »

« A.R. 26.03.2003 – en vigueur : 01.04.2003 »

2. Echographies cardiovasculaires.

469711 469722 Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides N 94

469733 469744 Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales..... N 112

469755 469766 Examen duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds, thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens N 94

« A.R. 06.04.2010 (M.B. 27.04.2010) – E.V. 01.06.2010 »

➔ « La prestation 469755-469766 ne peut pas être remboursée si elle est réalisée par un gynécologue. »

« A.R. 26.03.2003 + A.R. 22.10.2010 – E.V. 01.02.2011 »

469770 469781 Examen duplex couleur bilatéral **avec un bilan complet** des vaisseaux sanguins ~~artériels et/ou~~ veineux superficiels et profonds des **deux** membres **supérieurs ou des deux membres inférieurs** ~~N 60~~
N 80

➔ ~~La prestation 469770-469781 ne peut être facturée qu'une seule fois par année civile sauf s'il existe une nouvelle indication diagnostique.~~

« A.R. 22.10.2010 – E.V. 01.02.2011 »

469011 469022 Examen duplex couleur bilatéral avec un bilan complet des vaisseaux sanguins artériels des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs N 70

469033 469044 Examen duplex couleur unilatéral avec un bilan complet des vaisseaux sanguins veineux superficiels et profonds d'un membre inférieur ou supérieur N 60

469055 469066 Examen duplex couleur unilatéral avec un bilan complet des vaisseaux sanguins artériels d'un membre inférieur ou supérieur..... N 50

➔ Par année civile ne peut être attestée qu'une seule des prestations 469770-469781, 469033-469044.

➔ La même restriction s'applique aux prestations 469011-469022, 469055-469066.

➔ Une nouvelle indication diagnostique justifiant un nouvel examen constitue une

exception à cette restriction.

→ La motivation d'un nouveau bilan est accessible au médecin-conseil en tant que partie de la prescription.

469210	469221	Examen duplex couleur des vaisseaux sanguins artériels d'un ou plusieurs membres inférieurs ou supérieurs, destiné au follow-up d'une ou de plusieurs lésions connues, à un contrôle postopératoire ou à une autre indication spécifique pour un examen orienté	N 30
--------	--------	---	------

469232	469243	Examen duplex couleur des vaisseaux sanguins veineux d'un ou plusieurs membres inférieurs ou supérieurs, destiné au follow-up d'une ou plusieurs lésions connues, à un contrôle postopératoire, à la détection d'une thrombophlébite ou d'une thrombose veineuse profonde ou à une autre indication spécifique pour un examen orienté	N 40
--------	--------	---	------

→ Par jour et par patient, une seule des prestations 461355-461366, 461370-461381, 469210-469221 et 469232-469243 peut être portée en compte. »

« A.R. 26.03.2003 »

469792	469803	Examen duplex couleur des vaisseaux intracrâniens.....	N 83
--------	--------	--	------

469814	469825	Bilan échographique transthoracique complet du cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles dans au moins trois plans de coupe différents, et de signaux Doppler en mode couleur et en mode spectral au niveau d'au moins trois orifices valvulaires. L'enregistrement et l'archivage de l'examen sur bande magnétique ou support digital et le protocole détaillé sont exigés	N 104
--------	--------	---	-------

469630	469641	Répétition dans l'année civile de la prestation 469814 – 469825 ou 460456 - 460460 pour l'une des indications reprises ci-dessous. L'enregistrement et l'archivage de l'examen sur bande magnétique ou support digital, le protocole détaillé et la tenue d'un registre reprenant les indications de l'examen répété sont exigés.....	N 104
--------	--------	--	-------

Réévaluation à la demande, dans l'année :

- lors de la survenue
 - A1. d'une nouvelle symptomatologie clinique ou de nouveaux signes cliniques chez un patient indemne de toute pathologie cardiaque connue ;
 - A2. de modifications des signes fonctionnels ou de l'examen clinique ou lors de la survenue de complications, chez un patient souffrant d'une cardiopathie préalablement démontrée.
- en vue du diagnostic de l'une des situations cliniques suivantes :
 - B1. infarctus aigu du myocarde
 - B2. Insuffisance cardiaque
 - B3. d'épanchement péricardique, de péricardite constrictive ou d'hémopéricarde
 - B4. masse cardiaque suspectée ou avérée
 - B5. endocardite bactérienne
 - B6. dissection aortique
 - B7. embolie pulmonaire
 - B8. hypertension artérielle pulmonaire
 - B9. traumatisme thoracique
 - B10. prescription de médicaments cardiotoxiques
 - B11. avant cardioversion d'une arythmie auriculaire
- avant chirurgie extracardiaque à risque intermédiaire ou élevé ou chirurgie cardiovasculaire si l'examen

échocardiographique Doppler précédent date de moins d'un an en cas de :

- C1. valvulopathie aortique ou mitrale moyennement sévère, asymptomatique
- C2. cardiopathie ischémique suspectée ou avérée
- C3. cardiomyopathie ou insuffisance cardiaque connue
- C4. cardiopathie congénitale complexe non ou partiellement corrigée

- en vue d'apprécier les résultats d'une intervention thérapeutique après :

- D1. chirurgie valvulaire, correction de cardiopathie congénitale ou exérèse d'une masse cardiaque
- D2. commissurotomie mitrale percutanée
- D3. ablation par radiofréquence d'une arythmie
- D4. renforcement du traitement anticoagulant ou thrombolysé dans les cas de thrombose d'une prothèse valvulaire
- D5. un épisode de décompensation cardiaque
- D6. péricardocentèse
- D7. traitement d'une hypertension artérielle pulmonaire

- Réévaluation systématique dans l'année pour assurer le suivi des pathologies suivantes :

- E1. sténose aortique modérée asymptomatique afin de juger de la vitesse d'évolution (une seule fois)
- E2. valvulopathie aortique ou mitrale sévère asymptomatique (max. 2 fois par an)
- E3. valvulopathie aortique ou mitrale modérée ou sévère, asymptomatique ou d'une prothèse, plastie, autogreffe ou homogreffe valvulaire normale au cours d'une grossesse (max. 2 fois par grossesse)
- E4. dilatation de l'aorte ascendante (max. 2 fois par an)
- E5. séquelles d'endocardite bactérienne
- E6. infarctus du myocarde (une fois en cours d'hospitalisation et une fois au cours de la première année en l'absence de complications)
- E7. dissection aortique
- E8. transplantation cardiaque

469652	469663	Examen échographique transthoracique limité du cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles et de signaux Doppler en mode spectral. L'enregistrement et l'archivage de l'examen sur bande magnétique ou support digital et une description succincte répondant au problème clinique sont exigés	N 60
469836	469840	Bilan échographique transœsophagien complet du cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles dans au moins 3 plans de coupe différents, et de signaux Doppler en mode couleur au niveau d'au moins 3 orifices valvulaires. L'enregistrement et l'archivage de l'examen sur bande magnétique ou support digital et le protocole détaillé sont exigés	N 175
469674	469685	Examen échographique transœsophagien limité au cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles et de signaux Doppler en mode couleur. L'enregistrement et l'archivage de l'examen et une description succincte répondant au problème clinique sont exigés	N 90

« A.R. 26.03.2003 + A.R. 22.10.2010 – E.V. 01.02.2011 »

469700 ~~Examen échographique complet de l'enfant né avec une anomalie congénitale et âgé de moins de 7 ans, combinant les examens libellés sous les numéros 469825 et 469766, non cumulable avec ceux-ci, n'est attestable qu'une fois par période d'hospitalisation, avec protocole et extraits~~ Examen échographique complet de l'enfant né avec une anomalie congénitale et âgé de moins de 7 ans, combinant les examens libellés sous les numéros 469825 et 469766, non cumulable avec ceux-ci, attestable une fois par période d'hospitalisation, avec protocole et extraits. N 208

« A.R. 26.03.2003 »

469873 469884 Bilan échographique transthoracique complet du coeur et des vaisseaux sanguins thoraciques, y compris l'analyse séquentielle détaillée des structures veineuses, cardiaques et artérielles, avec échographie avec doppler pulsé chez un patient de moins de 16 ans avec malformation cardiovasculaire congénitale, avec rapport détaillé N 175

- ➔ La prestation 469873 - 469884 ne peut être remboursée qu'après transmission d'un rapport et accord du médecin-conseil.
- ➔ Les échographies cardiovasculaires comprennent un examen duplex couleur avec une image échographique bidimensionnelle et un tracé doppler, avec analyse de fréquence des signaux, documenté par un protocole écrit et un support iconographique.

3. Echographie de l'abdomen et/ou du petit bassin dans le cadre de la surveillance d'une même grossesse :

469895 469906 Evaluation échographique bidimensionnelle de la grossesse avec protocole et documents, maximum une fois par trimestre..... N 35

- ➔ La prestation 460515 - 460526 comporte une échographie de base en vue de l'évaluation du fœtus et du placenta et la détection d'anomalies fœtales éventuelles durant chaque trimestre de la grossesse.

469910 469921 Examen échographique fonctionnel comprenant une biométrie et un profil biophysique du fœtus avec ou sans mesure du flux sanguin ombilical en cas de haut risque obstétrical ou fœtal documenté..... N 70

469932 469943 Exploration échographique systématique de tous les systèmes d'organes fœtaux avec protocole et documents en cas de malformation congénitale grave ou de risque prouvé..... N 135

- ➔ La prestation n° 469932 - 469943 comprend un examen approfondi du système nerveux central, de la colonne vertébrale, du système cardiovasculaire et urogénital, du système locomoteur, du visage, de l'oropharynx, du tractus gastro-intestinal, du foie et de la vésicule biliaire, du diaphragme et de la paroi abdominale avec documentation photographique et protocole et ne peut être remboursée qu'après accord préalable du médecin-conseil.

§ 2.

Par jour et par patient, une seule des prestations du § 1^{er} du présent article et du § 1^{er} de l'article 17bis peut être portée en compte. Cette limitation s'applique tant au médecin individuel qu'aux différents médecins appartenant à la même spécialité. Font

exception à cette règle de cumul les prestations nos 460644, 460585, 461263, 469766, 469840 et 469685 qui peuvent être portées en compte deux fois au cours d'une même journée pour un patient hospitalisé dont l'altération de la fonction circulatoire pose un problème vital immédiat.

Dans le cas où la prestation décrite dans le libellé des prestations 460460 ou 469825 est exécutée plusieurs fois dans la même journée dans les circonstances décrites à l'alinéa précédent, une seule répétition peut être attestée sous le numéro 461226, 461241, 469641 ou 469663 selon le cas.

§ 3.

Les médecins agréés pour une spécialité autre que le radiodiagnostic sont autorisés, pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité, à porter en compte uniquement les prestations du § 1er pour lesquelles les honoraires sont fixés en prenant comme base des valeurs relatives égales à 100 % des valeurs inscrites dans la nomenclature pour autant qu'ils exécutent personnellement la prestation, sans la déléguer à des auxiliaires paramédicaux.

De plus, seuls peuvent être portés en compte les examens échographiques qui appartiennent à la discipline concernée et au domaine spécifique d'activités du médecin reconnu pour une autre spécialité que la spécialité en radiodiagnostic et dont il est capable d'interpréter les résultats dans le cadre de la problématique diagnostique et/ou thérapeutique.

§ 4.

Pour pouvoir être portées en compte et remboursées, les prestations effectuées par un médecin spécialiste autre qu'un médecin spécialiste en radiodiagnostic pour un malade qu'il n'a pas en traitement, doivent être prescrites par un médecin et satisfaire aux conditions prévues pour le médecin spécialiste en radiodiagnostic à l'article 17, § 12.

Les échographies de l'abdomen et/ou du petit bassin dans le cadre de la surveillance d'une même grossesse peuvent être prescrites par une accoucheuse pour une patiente en traitement dans le cadre des prestations d'obstétrique requérant sa qualification.

§ 5.

Pour pouvoir être portées en compte, les prestations doivent être effectuées au moyen d'appareils d'échographie répondant aux exigences de la nomenclature en matière de pouvoir de résolution, de traitement d'images et d'enregistrement sur film ou sous forme analogique ou digitalisée sur un support magnétique ou optique.

§ 6.

Pour les patients soignés ambulatoirement, les honoraires pour les examens échographiques peuvent être cumulés avec les honoraires pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste sauf pour le médecin spécialiste en radiodiagnostic.

§ 7.

Pour la prestation n° 469453 - 469464 effectuée chez des enfants de moins de 5 ans, la valeur relative est majorée de 25 %.

« A.R. 26.03.2003 + A.R. 06.04.2010 (M.B. 27.04.2010) – E.V. 01.06.2010 »

§ 8.

Dans le cadre d'une même grossesse sans risques inhabituels, maximum trois des prestations prévues sous les n°s 460515 - 460526, 460250 - 460261, 460493 - 460504, 469490 - 469501, **469291-469302**, 469571 - 469582 ou 469895 - 469906 peuvent être portées en compte.

« A.R. 26.03.2003 – en vigueur : 01.04.2003 »

§ 9.

Chaque prestataire qui atteste des échographies cardiaques doit en rédiger une liste reprenant les nombres des différentes indications, en suivant l'ordre du libellé. Cette liste doit être tenue à la disposition du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et de la Société belge de cardiologie.

Pour les échographies cardiaques, les termes « répétition- réévaluation dans l'année » doivent être compris par un groupe de prestataires qui collaborent habituellement de façon organisée.

§ 10.

Les prestations reprises à l'article 17quater ne sont pas honorées lorsqu'elles sont exécutées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic.

§ 11.

Les dispositions énoncées à l'article 17, §§ 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11 et 12 de la présente nomenclature s'appliquent également aux prestations reprises au § 1er du présent article.

§ 12.

Chaque examen doit faire l'objet d'un rapport établi par le médecin ainsi que le prescrit l'article 17, § 12, 3 de la présente nomenclature. »