

## Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

### Article 2 - Consultations, visites, avis, psychothérapies et autres prestations

[ C.A.S.S. 3.12.2001 – M.B. 13.03.2002 – entrée en vigueur : 13.03.2002 ]

#### ❖ **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.

#### ❖ **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 hémiplégié 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.

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 tarifer 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.

❖ **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°s 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'énerver 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'hétéroanamnèse, dans le cadre de l'approche d'une pathologie psychique ou psychologique ?

**REPOSE**

L'hétéroanamnèse effectuée auprès des membres de la famille du patient est couverte par les honoraires de consultation attestés au nom du patient. Cette hétéroanamnèse 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 ?

**REPOSE**

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 ?

**REPOSE**

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.

**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.**

[ C.A.S.S. 23.05.2011 – M.B. 07.06.2011 – entrée en vigueur : 01.04.2011 – **ABROGEE 01.05.2013 (M.B. 10.06.2013)** ]

❖ **REGLE INTERPRETATIVE 15**

~~➤ **QUESTION**~~

~~Concernant la prestation 102395 Honoraires complémentaires aux prestations ... pour la discussion avec le patient et le suivi de la check-list du module de prévention ... N 3, comment la phrase « Seul le médecin généraliste qui gère le dossier médical global peut porter en compte ces honoraires » doit-elle être interprétée pour des médecins généralistes au sein d'un regroupement en médecine générale enregistré ?~~

~~➤ **REPOSE**~~

~~Au sein d'un regroupement en médecine générale enregistré, chaque médecin généraliste agréé qui en fait partie peut attester la prestation 102395 à condition qu'un des médecins de ce regroupement gère le dossier médical global.~~

[ C.A.S.S. 01.10.2012 – M.B. 22.10.2012 – entrée en vigueur : 01.04.2011 ]

❖ **REGLE INTERPRETATIVE 16**

➤ **QUESTION**

Pour les prestations 102933 Bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec un rapport écrit N 30 et 102992 pour le médecin spécialiste accrédité, le prescripteur et le prestataire peuvent-ils être la même personne ?

**REPOSE**

Les prestations 102933 Bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste N 30 et 102992 pour le médecin spécialiste accrédité sont attestables uniquement sur prescription motivée du médecin généraliste ou spécialiste traitant pour un patient chez qui on suspecte un début de démence. Il est évident que le prescripteur doit être différent du prestataire.