

**Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé**

Coordination officielle – Mise à jour : 25.03.2009

**Sauf mention spéciale, ces règles interprétatives n'ont pas fait l'objet d'une publication au Moniteur.  
Pour consulter les RI publiées au Moniteur pour les autres articles de la nomenclature, consulter les fichiers individuels  
par article de nomenclature**

**Table des matières :**

Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé .....	1
Coordination officielle – Mise à jour : 25.03.2009 .....	1
Table des matières : .....	1
304 Soins donnés par infirmières graduées et assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières et assimilées ....	2
500 Prestations techniques médicales spéciales.....	3
501 Dispositions générales.....	3
501 (01) Médecins stagiaires.....	4
505 Chirurgie.....	5
505 (02) Neurochirurgie.....	5
505 (14) Assistance et aide opératoire.....	6
506 Radiodiagnostic.....	8
506 (02) Urologie.....	8
506 (03) Appareil digestif.....	9
506 (04) Système respiratoire.....	11
506 (05) Système vasculaire.....	12
506 (06) Neurologie.....	14
506 (07) Système ostéo-articulaire.....	15
506 (08) Crâne, face : radiographies dentaires, stomatologiques, oto-rhino-laryngologiques et ophtalmologiques spéciales 18	18
506 (09) Tomographies.....	19
506 (10) Echographies, thermographies.....	20
506 (11) Manipulations.....	21
506 (12) Divers.....	24
506 (13) Règles d'application relatives aux prestations de radiodiagnostic.....	26
604 Prestations relevant de la compétence des Opticiens – article 30.....	27

**304..... Soins donnés par infirmières graduées et assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières et assimilées**

[ C.G. 24.9.1984 – C.G. 14.1.1911 ]

❖ **QUESTION 1**

L'assurance peut-elle intervenir pour une toilette effectuée chez un bébé dont la mère est malade ?

❖ **RÉPONSE**

Dans le cas soumis, il s'agit de soins hygiéniques chez un enfant bien portant.

Or, la nomenclature des prestations de santé vise les toilettes prestées chez des bénéficiaires atteints d'une affection aiguë ou chronique ou d'un handicap qui ne leur permettent pas d'accomplir les actes courants de la vie journalière.

Dès lors; l'assurance ne peut intervenir pour les toilettes faites chez ce bébé.

❖ **QUESTION 2**

Lavement administré sous forme de microklysme.

❖ **RÉPONSE**

L'administration de microklysme comme le MICROLAX et d'autres produits de ce genre doit être considérée comme une introduction médicamenteuse dans l'ampoule rectale et non comme un lavement au sens étymologique du terme.

❖ **QUESTION 3**

( Supprimée par C.G. 14.1.1991 )

❖ **QUESTION 4**

( Supprimée par C.G. 14.1.1991 )

## **500..... Prestations techniques médicales spéciales**

### **501..... Dispositions générales**

[ C.S. 17.2.1986 ]

#### **❖ QUESTION 1**

A la nomenclature figurent certaines prestations qui, selon leur libellé, sont faites sous anesthésie. Dans ces cas l'anesthésie doit-elle nécessairement être faite pour permettre le remboursement et les honoraires d'anesthésie sont-ils compris dans les honoraires fixés pour ces prestations ?

#### **❖ RÉPONSE**

Pour les prestations suivies des mots « sous anesthésie » ou « sous narcose » les honoraires ont précisément été fixés spécialement en fonction de l'importance de l'acte. Ces honoraires ne peuvent être remboursés que si la prestation a été faite sous narcose. Celle-ci est remboursée en supplément des honoraires pour les prestations.

## **501 (01) ..... Médecins stagiaires**

[ C.S. 17.2.1986 ]

### **❖ QUESTION 1**

( Supprimée par C.G. 30.1.1989 )

### **❖ QUESTION 2**

( reprise dans la rubrique « Consultations » )

( C.G. 30.1.1989 )

**505 ..... Chirurgie**

**505 (02) ..... Neurochirurgie**

[ C.S. 17.2.1986 ]

❖ **QUESTION 1**

( Supprimée par C.G. 30.1.1989 )

❖ **QUESTION 2**

( Supprimée par C.G. 30.1.1989 )

❖ **QUESTION 3**

( Supprimée par C.G. 30.1.1989 )

❖ **QUESTION 4**

( Supprimée par C.G. 30.1.1989 )

❖ **QUESTION 5**

( Supprimée par C.G. 30.1.1989 )

❖ **QUESTION 6**

( Supprimée par C.G. 30.1.1989 )

❖ **QUESTION 7**

( Supprimée par C.G. 30.1.1989 )

❖ **QUESTION 8**

( Supprimée par C.G. 30.1.1989 )

## **505 (14) ..... Assistance et aide opératoire**

[ C.S. 17.2.1986 ]

- ❖ **1. En ce qui concerne les honoraires d'assistance du médecin traitant voir aussi la rubrique 513.**

- ❖ **2**

Les honoraires pour l'assistance du médecin traitant à une intervention chirurgicale sont prévus sous les numéros 215014 - 215025 à 215051 - 215062 et 216016 - 216020 à 216075 - 216086 de la nomenclature des prestations de santé.

En principe, ces honoraires requièrent la présence du médecin au cours de l'intervention chirurgicale.

Il y a lieu de considérer que dans le cadre des dispositions de l'article 16, §§ 1 et 2 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé, la notion d'assistance implique la présence effective du médecin, le jour de l'intervention, à un moment situé entre celui où commence la préparation à l'anesthésie et celui où se termine l'intervention.

Par ailleurs, par aide opératoire, il faut considérer l'aide effective à une intervention sanglante.

( **Modifiée par le C.G. du 30.1.1989** ).

- ❖ **QUESTION 3**

Un chirurgien procède à la réduction sanglante d'une fracture puis à la pose d'un plâtre. Il porte en compte les honoraires pour ces deux prestations. Quels sont les honoraires du médecin traitant qui assiste à l'intervention ?

- ❖ **RÉPONSE**

**Honoraires pour le chirurgien** : les honoraires pour la réduction de fracture peuvent être cumulés avec les honoraires pour la confection et la pose du plâtre.

Conformément aux dispositions de l'article 14, k), § 2, A, de la nomenclature des prestations de santé, l'appareil plâtré placé à l'occasion d'une intervention chirurgicale sanglante est honoré à raison de cinquante pour cent de la valeur indiquée pour cet appareil.

**Honoraires pour le médecin traitant** : les honoraires d'assistance du médecin traitant sont déterminés sur base de la somme des honoraires prévus pour la réduction de la fracture et la pose du plâtre, compte tenu de l'application de la règle prévue à l'article 14, k), § 2, A, de la nomenclature des prestations de santé.

( **Modifiée par le C.G. du 8.4.1991** ).

- ❖ **QUESTION 4**

Peut-on rembourser les honoraires d'aide opératoire à un licencié en science dentaire qui aide un médecin spécialiste en stomatologie lors d'une intervention chirurgicale classée dans cette spécialité ?

- ❖ **RÉPONSE**

Conformément aux dispositions de l'article 16, § 5, de la nomenclature, les honoraires d'aide opératoire ne peuvent être remboursés qu'au médecin.

- ❖ **QUESTION 5**

Honoraires pour l'aide opératoire lorsque l'intervention est effectuée par un médecin stagiaire : faut-il rembourser 10 % de la valeur relative de la prestation ou 10 % des honoraires attribués au médecin stagiaire ?

- ❖ **RÉPONSE**

Les honoraires d'aide opératoire à une intervention chirurgicale effectuée par un médecin stagiaire se calculent sur la valeur relative de l'acte chirurgical.

❖ **QUESTION 6**

Les honoraires pour l'aide opératoire peuvent-ils être portés en compte lors de la prestation n° 228152 - 228163 *Médiastinoscopie* N 200 ?

❖ **RÉPONSE**

Les honoraires pour l'aide opératoire en cas de médiastinoscopie peuvent être remboursés.

❖ **QUESTION 7**

Que faut-il entendre par les termes « médecin traitant » au sens du libellé des prestations 215014 - 215025 à 215051 - 215062 et 216016 - 216020 à 216075 - 216086 ?

❖ **RÉPONSE**

Par « médecin traitant » au sens du libellé des prestations 215014 - 215025 à (215051 -215062) et 216016 - 216020 à 216075 - 216086, il faut entendre le médecin qui a habituellement la charge du bénéficiaire en dehors de son séjour à l'hôpital.

( **Modifiée par le C.G. du 30.1.1989** )

**506..... Radiodiagnostic****506 (02) ..... Urologie**

[ C.S. 17.2.1986 ]

**❖ QUESTION 1**

Dans le cadre d'un contrôle semestriel des voies urinaires supérieures effectué chez des enfants, comment faut-il tarifier une pyélographie intraveineuse au cours de laquelle seul le cliché de trente minutes a été pris ?

**❖ RÉPONSE**

Bien que la prestation ne réponde pas aux critères de la nomenclature, l'on peut admettre que dans cette situation particulière où il est nécessaire de contrôler régulièrement les voies urinaires supérieures chez des enfants, le cliché pris trente minutes après l'injection du produit de contraste soit attesté sous le n° 450516 - 450520 *Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésicale pour examen direct sans manipulation ni moyens de contraste (non cumulable avec les prestations n° 450015 - 450026, 451010 - 451021, 451032 -451043 et 455276 - 455280)* N 35.

**❖ QUESTION 2**

La prestation 450575 - 450586 *Urographie intraveineuse, avec technique de perfusion ou washing out, y compris l'examen sans préparation opaque pratiqué le même jour et la cystographie descendante éventuelle, minimum 6 clichés* N 155 est-elle cumulable avec une cysto-urétrographie mictionnelle et/ou urétrographie descendante ?

**❖ RÉPONSE**

Les cysto-urétrographies mictionnelles ne sont prévues dans la nomenclature que par technique ascendante. Si des clichés d'urétrographie descendante sont effectués au cours de la prestation n° 450575 - 450586, ils doivent être considérés comme compris dans cette prestation.

( *Modifiée par le C.G. du 8.4.1991* ).

[ C.G. 16.1.1989 ]

**❖ QUESTION 3**

Les libellés des prestations n° 450531 - 450542 N 105 et 450575 -450586 N 155 comportent tous les termes « y compris l'examen sans préparation opaque. »

Il en résulte clairement que le cumul avec les prestations n° 450015 - 450026 N 35, 450170 - 450181 N 20, 450516 - 450520 N 35, 450774 - 450785 N 20, 451010 - 451021 N 35, 451791 - 451802 N 20, 455276 - 455280 N 35 et 451872 - 451883 N 45 ne peut être admis.

Qu'en est-il cependant à propos du cumul avec la prestation 451032 -451043 *Radiographie de l'abdomen pour examen direct sans manipulations ni moyens de contraste ...* N 60 ?

**❖ RÉPONSE**

Dans le libellé des prestations 450531 - 450542 N 105 et 450575 - 450586 N 155, les termes « y compris l'examen sans préparation opaque » visent également la prestation 451032 - 451043 *Radiographie de l'abdomen pour examen direct sans manipulations ni moyens de contraste ...* N 60.

( *Modifiée par le C.G. du 8.4.1991* ).



## 506 (03) ..... Appareil digestif

[ C.S. 17.2.1986 ]

### ❖ QUESTION 1

Radiographie de l'œsophage, du médiastin et des poumons au cours d'un examen de l'estomac - duodénum.

### ❖ RÉPONSE

L'examen radiographique œsophage - estomac - duodénum est prévu sous le n° 451430 - 451441 N 165. Il doit comporter 4 clichés au minimum pour l'œsophage et 6 clichés au minimum pour l'estomac - duodénum.

L'examen du médiastin et des poumons fait en supplément et sous une autre incidence doit être tarifé comme un examen du thorax, sous le n° 452690 - 452701 N 35 ou sous le n° 452712 - 452723 N 47, selon qu'il y a un ou deux clichés. Ces clichés ne peuvent entrer en ligne de compte pour le calcul du nombre de clichés requis pour l'examen de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum.

Le cumul entre 452734 - 452745 N 70 et 451430 - 451441 N 165 ne peut être admis vu la nature des libellés.

( **Modifié par le C.G. du 30.1.1989** ).

### ❖ QUESTION 2

Peut-on cumuler les prestations n°s 451776 - 451780 N 50 et 459071 - 459082 N 30 ?

### ❖ RÉPONSE

La prestation n° 451776 - 451780 *Cholécysto- et/ou cholangiographie peropératoire au cours d'une intervention chirurgicale pratiquée en salle d'opération sous anesthésie générale* N 50 est cumulable avec la prestation n° 459071 - 459082 *Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale* N 30.

### ❖ QUESTION 3

Un examen radiographique de l'œsophage - estomac - duodénum, suivi d'une duodénographie hypotonique en double contraste peuvent-ils être tarifés séparément ?

### ❖ RÉPONSE

L'examen radiographique de l'œsophage - estomac - duodénum suivi d'une duodénographie hypotonique en double contraste doit être tarifé une fois sous le n° 451430 - 451441 *Radiographie de l'œsophage (minimum 4 clichés), et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision* N 165 et non sous les n°s 451430 - 451441 N 765 + 457275 - 451286 *Duodénographie avec examen radioscopique, avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 6 clichés* N 80.

Les images de vidange ou d'évacuation sont comprises dans les radiographies, la radiographie du duodénum hypotonique en double contraste est par analogie comprise dans la prestation n° 451430 - 451441 N 1651.

( **Modifiée par le C.G. du 30.1.1989** ).

[ C.G. 16.1.1989 ]

### ❖ QUESTION 4

Les libellés des prestations n°s 450531 - 450542 N 105 et 450575 - 450586 N 155 comportent tous les termes « y compris l'examen sans préparation opaque. »

Il en résulte clairement que le cumul avec les prestations n°s 450015 - 450026 N 35, 450170 - 450181 N 20, 450516 - 450520 N 35, 450774 - 450785 N 20, 451010 - 451021 N 35, 451791 - 451802 N 20, 455276 - 455280 N 35 et 451872 - 451883 N 45 ne peut être admis.

Qu'en est il cependant à propos du cumul avec la prestation 451032 - 451043 *Radiographie de l'abdomen pour examen direct sans manipulations ni moyens de contraste ...* N 60 ?

**❖ RÉPONSE**

Dans le libellé des prestations 450531 - 450542 N 105 et 450575 - 450586 N 155, les termes « y compris l'examen sans préparation opaque » visent également la prestation 451032 - 457043 *Radiographie de l'abdomen pour examen direct sans manipulations ni moyens de contraste ...* N 60.

( **Modifiée par de C.G. du 8.4.1991**).

[ **C.G. 16.1.1989** ]

**❖ QUESTION 5**

La prestation 451754 - 451765 *Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléo-cæcal par lavement baryté après remplissage, évacuation et insufflation par la technique du double contraste, minimum 8 clichés avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision* N 200, est-elle cumulable avec la prestation 455276 – 455280 *Radiographie du bassin, un cliché bassin face dans son ensemble au minimum* N 35 (non cumulable avec les prestations 450015 - 450026 N 35, 450030 – 450041 N 65, 450170 – 450181 N 20, 450516 – 450520 N 35, 450774 – 450785 N 20, 451010 – 451021 N 35, 451032 – 451043 N 60, 451791 – 451802 N 20 et 451872 – 451883 N 45) ?

**❖ RÉPONSE**

La prestation 451754 – 451765 N 20 ne peut être cumulée avec la prestation 455276 – 455280 N 35, mais elle peut l'être avec les prestations 451791 – 451802 N 20, 450170 – 450181 N 20 et 450774 – 450785 N 20.

## **506 (04) ..... Système respiratoire**

[ C.S. 17.2.1986 ]

### **❖ QUESTION 1**

Radiographie de l'œsophage, du médiastin et des poumons au cours d'un examen de l'estomac - duodénum.

### **❖ RÉPONSE**

**L'examen radiographique oesophage - estomac - duodénum est prévu sous le n° 451430-451441 N 165.** Il doit comporter 4 clichés au minimum pour l'œsophage et 6 clichés au minimum pour l'estomac - duodénum.

L'examen du médiastin et des poumons fait en supplément et sous une autre incidence doit être tarifé comme un examen du thorax, sous le n° 452690-452701 N 35 ou sous le n° 452712-452723 N 47, selon qu'il y a un ou deux clichés. Ces clichés ne peuvent entrer en ligne de compte pour le calcul du nombre de clichés requis pour l'examen de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum.

**Le cumul entre 452734-452745 N 70 et 451430-451441 N 165 ne peut être admis vu la nature des libellés.**

( Modifiée par C.G. 30.1.1989 )

### **❖ QUESTION 2**

Radiographie à blanc de l'hypo-pharynx.

### **❖ RÉPONSE**

La radiographie à blanc de l'hypo-pharynx doit, par assimilation à la radiographie du larynx, être tarifée sous le n° 452793-452804 *Radiographie du larynx, avec trachée éventuellement, sans préparation opaque, minimum 2 clichés* N 35.

## 506 (05) ..... Système vasculaire

[ C.S. 17.2.1986 ]

### ❖ QUESTION 1

Aorto-artériographie de la base du cou : injection dans l'aorte ascendante - la crosse aortique, les artères issues de la crosse dans tout leur trajet cervical et le segment proximal intra-crânien de ces artères à la base du crâne sont visualisés. On fait un minimum de 15 clichés sous 2 incidences.

### ❖ RÉPONSE

L'on peut considérer que l'artériographie des artères de la base du crâne, y compris leur segment cervical, fait partie de l'exploration sériée de l'artériographie crânienne, à tarifer comme une artériographie cérébrale en série rapide, sous le n° 454016 - 454020 *Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés* N 200.

### ❖ QUESTION 2

Aorto-artériographie rénale pratiquée avec cathéter aortique : la sériographie comporte toujours un minimum de 12 à 14 clichés permettant d'étudier l'arbre artériel rénal, la néphrographie, le retour veineux, les dimensions des reins, etc. ..

### ❖ RÉPONSE

Il s'agit d'une artériographie viscérale sélective de l'artère rénale, à tarifer sous le n° 453154 - 453165 *Artériographie viscérale après cathétérisme sélectif d'une artère viscérale à partir de son origine* N 300.

Si l'autre artère rénale ou une autre artère viscérale sont radiographiées au cours de la même séance, il y a lieu de tarifer le n° 453176 - 453180 N 300 pour la première artère plus le n° 453191 - 453202 N 75 par artère supplémentaire jusqu'au plafond prévu sous le n° 453213 - 453224 N 400.

### ❖ QUESTION 3

Comment faut-il tarifer :

- 1° Une injection dans le ventricule gauche avec ventriculo-angiocardographie gauche + injection au-dessus de la valve aortique.
- 2° Une injection dans le ventricule gauche avec ventriculo-angiocardographie gauche + coronarographie avec injection séparée dans les artères coronaires droite et gauche.
- 3° Cathétérisme veineux chez les nouveau-nés dont le trou ovale est encore ouvert : une injection dans le ventricule gauche pour une ventriculo-angiocardographie gauche + une injection dans le ventricule droit pour une ventriculo-angiocardographie droite.
- 4° Une injection dans le ventricule droit pour une ventriculo-angiocardographie droite.
- 5° Cathétérisme veineux et artériel combiné avec une injection dans le ventricule droit pour une ventriculo-angiocardographie droite + une injection dans le ventricule gauche pour une ventriculo-angiocardographie gauche + une injection au niveau de l'artère pulmonaire ou au niveau de la branche principale droite ou gauche de l'artère pulmonaire ou au niveau de l'aorte.

### ❖ RÉPONSE

Etant entendu que le nombre de clichés requis est atteint, il y a lieu de tarifer :

- 1° 453095 - 453106      *Angio-cardio-pneumographie, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence)* N 500
- plus
- 453235 - 453246      *Radiographie de l'aorte thoracique et de ses branches, minimum 3 clichés* N 160

- 2° 453095 - 453106 *Angio-cardio-pneumographie, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence) N 500*  
plus  
453132 - 453143 *Coronarographie, une ou deux coronaires, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence) N 500*
- 3° 453095 - 453106 *Angio-cardio-pneumographie, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence) N 500 pour la ventriculo-angiocardigraphie droite.*  
La ventriculo-angiocardigraphie gauche après injection séparée de la ventriculo-angiocardigraphie droite peut être tarifée séparément, également sous le n° 453095 - 453106 N 500.
- 4° 453095 - 453106 *Angio-cardio-pneumographie, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence) N 500.*
- 5° 2 x 453095 - 453106 *Angio-cardio-pneumographie, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence) N 500, pour la ventriculo-angiocardigraphie droite et la ventriculo-angiocardigraphie gauche, vu qu'il s'agit de séries différentes avec des injections différentes.*

L'angio-pneumographie de l'artère pulmonaire ou de ses branches peut être portée en compte une fois sous le n° 453095 - 453106 N 500. Si une angio-pneumographie séparée par une ou plusieurs injections est éventuellement effectuée, le n° 453095 - 453106 N 500 peut être remboursé une fois quel que soit le nombre d'injections.

Si une aortographie séparée est éventuellement effectuée, il y a lieu de tarifier sous le n° 453235 - 453246 *Radiographie de l'aorte thoracique et de ses branches, minimum 3 clichés N 160.*

( *Modifiée par le C.G. du 8.4.1991* ).

#### ❖ **QUESTION 4**

Le supplément prévu sous les n°s 459211 - 459222 N 20, 459233 - 459244 N 6 et 459255 - 459266 N 50 pour la méthode de soustraction lors d'une angiographie cérébrale ou viscérale peut-il être porté en compte deux fois si deux séries de clichés sont prises sous deux incidences différentes ?

#### ❖ **RÉPONSE**

Les prestations n°s 459211 - 459222 N 20, 459233 - 459244 N 6 et 459255 - 459266 N 50 qui visent le « supplément pour la méthode de soustraction lors d'une angiographie cérébrale ou viscérale, le masque et le positif y compris » s'entendent par incidence.

**506 (06) ..... Neurologie**

[ C.S. 17.2.1986 ]

**❖ QUESTION 1**

Myélo-tomographie bilatérale : la prestation n° 454156-454160 N 125 peut-elle se compter une ou deux fois ?

**❖ RÉPONSE**

La prestation n° 454156-454160 *Myélographie lombo-sacrée et/ou radiculo-myélographie, minimum 4 clichés* N 125 peut être remboursée une seule fois.

**❖ QUESTION 2**

Comment peut-on tarifier l'examen radiographique sélectif de la carotide externe et super sélectif de ses branches ?

**❖ RÉPONSE**

L'examen radiographique sélectif de la carotide externe est à tarifier selon le nombre de clichés sous l'un des numéros 454016-454020 *Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés* N 200, 454031-454042 *Angiographie ... plus de deux incidences, minimum 8 clichés* N 250.

L'examen radiographique super sélectif de la carotide externe peut être tarifé comme artériographie viscérale multiple, c'est-à-dire sous les numéros 453176-453180 *Artériographie viscérale multiple, après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, première artère* N 300 plus éventuellement 453191-453202 *Artériographie ... par artère supplémentaire* N 75 jusqu'au plafond 453213 - 453224 *Artériographie ... maximum pour l'ensemble de l'examen* N 400.

Les honoraires pour ces deux examens ne sont pas cumulables lorsque ceux-ci sont effectués au cours de la même séance. Si les deux examens sont pratiqués simultanément, les clichés pour l'examen sélectif de la carotide externe sont pris en considération pour fixer la tarification sur base des numéros 453176 - 453180 N 300, 453191 - 453202 N 75 ou 453213 - 453224 N 400.

Les manipulations sont à tarifier 458032 - 458043 *Manipulations en vue d'une aortographie ou d'une artériographie : par placement d'un cathéter* K 40 pour l'artériographie sélective simple et 458194 - 458205 *Cathétérisme sélectif d'une ou de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, ... une artère* K 60 ou 458216 - 458220 *Cathétérisme sélectif ... plusieurs artères* K 75 pour l'artériographie super sélective.

Les prestations n<sup>os</sup> 458194 - 458205 et 458216 - 458220 ne sont pas cumulables avec la prestation n° 458032 - 458043

## **506 (07) ..... Système ostéo-articulaire**

[ C.S. 17.2.1986 ]

### **❖ QUESTION 1**

Que peut-on rembourser lorsqu'on effectue une radiographie de tout le squelette d'un nouveau-né mais que cet examen ne comporte qu'un seul cliché ?

### **❖ RÉPONSE**

La prestation n'est pas prévue comme telle à la nomenclature. Tenant compte que l'examen n'a comporté qu'un seul cliché, l'on peut rembourser les honoraires prévus sous le n° 450015 - 450026 N 35.

### **❖ QUESTION 2**

Mensuration par un procédé de scanométrie partielle des membres inférieurs : une règle graduée est fixée sur la table. On effectue un cliché de face de chaque hanche séparément, des genoux et des chevilles, placés sur cette règle, un côté après l'autre, soit 6 clichés.

### **❖ RÉPONSE**

En cas de scanométrie - scanographie consistant en un cliché de face de chaque membre séparément, des genoux et des chevilles placés sur la règle graduée, l'un après l'autre, l'on peut rembourser la prestation n° 455291 - 455302 *Mensuration comparative par scanométrie ou téléradiographie des deux membres inférieurs, dans leur ensemble* N 90, pour l'ensemble, quel que soit le nombre de clichés et bien que les expositions soient faites séparément.

### **❖ QUESTION 3**

Détermination des axes biomécaniques des membres inférieurs alignement de trois clichés 30 x 40 couvrant toute la région osseuse depuis le bassin jusqu'au calcaneum. L'examen est complété par la mensuration des angles au niveau des genoux.

### **❖ RÉPONSE**

La réponse est la même qu'au point 2 ci-dessus. Il s'agit d'une étude comparative qui n'est pas cumulable avec l'examen décrit au 2.

### **❖ QUESTION 4**

Podométrie : l'examen comporte 1 cliché face de chaque cheville selon une incidence plus 1 cliché face gauche et puis droit, plus un cliché profil, droit et gauche, chaque fois en position debout.

### **❖ RÉPONSE**

Le nombre minimum d'incidences prévu par la nomenclature étant atteint, l'on peut rembourser la prestation n° 455173 – 455184 ° *Radiographie du métatarse et/ou du tarse et/ou de la cheville, minimum 2 clichés* N 28, par pied.

### **❖ QUESTION 5**

Mensuration comparative par scanométrie (avec règle divisée) de la hanche uniquement.

### **❖ RÉPONSE**

La nomenclature des prestations de santé ne prévoit que la mensuration comparative par scanométrie ou téléradiographie *des deux membres inférieurs dans leur ensemble* (455291 - 455302 N 90).

Dans les autres cas, il y a lieu de porter en compte la radiographie de la région en cause.

❖ **QUESTION 6**

Indices d'ostéoporose.

Radiographies de face du 2<sup>ème</sup> métacarpien et du fémur ainsi qu'une radiographie de profil de la colonne lombaire.

❖ **RÉPONSE**

Pour aucune des régions, le nombre minimum requis de clichés n'est atteint; il y a dès lors lieu de tarifer sous les n<sup>os</sup> 455475 - 455486 *Radiographie de la colonne lombo-sacrée, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 2 clichés* N 80 + 455490 - 455501 *Radiographie de la colonne lombo-sacrée, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, par cliché supplémentaire* N 7.

Les clichés du 2<sup>ème</sup> métacarpien et du fémur faisant partie de l'examen d'ostéoporose peuvent être considérés comme des clichés supplémentaires de la colonne lombaire.

( *Modifiée par le C.G. du 8.4.1991* ).

❖ **QUESTION 7**

Discographie.

❖ **RÉPONSE**

Pour la partie radiographique, il y a lieu de tarifer sur base de la radiographie du segment de colonne correspondant avec le nombre de clichés requis.

La manipulation doit être tarifée sous le n° 147033 – 147044 \* *Ponction articulaire, avec ou sans injection médicamenteuse* K 10.

❖ **QUESTION 8**

Tarifification des prestations radiologiques suivantes :

1. bassin pour les deux hanches + cliché LAUENSTEIN ;
2. bassin Av. - Ar. + profil de la hanche gauche et droite;
3. bassin Av. - Ar. + profil d'une hanche;
4. bassin Av. - Ar. + la hanche gauche et droite Av. - Ar. et profil;
5. 1 cliché de chaque membre : un cliché du côté droit et un cliché du côté gauche peuvent-ils être totalisés pour aboutir à 2 clichés ?

❖ **RÉPONSE**

1. Bassin pour les 2 hanches (1 cliché) + 1 cliché LAUENSTEIN :  
455254 - 455265 *Radiographie du fémur et/ou de la hanche, minimum 2 clichés* N 40.
2. Bassin Av. - Ar. + profil de la hanche gauche et droite :  
455276 - 455280 *Radiographie du bassin, un cliché bassin face dans son ensemble au minimum* N 35 +  
455254 - 455265 N 40 (une fois).
3. Bassin Av. - Ar. + profil d'une hanche :  
455254 - 455265 N 40.
4. Bassin Av. - Ar. + la hanche gauche et droite Av. - Ar. et profil pour ces 5 clichés :  
455276 - 455280 N 35 + (455254 - 455265 N 40 X 2).
5. 1 cliché de chaque membre: les deux clichés peuvent s'additionner pour aboutir aux deux clichés minimum requis par la nomenclature des prestations de santé.



❖ **QUESTION 9**

Les prestations 455313 - 455324 *Radiographie du gril costal (côtes et/ou sternum), un cliché N 35* et 455335 - 455346 *Radiographie du gril costal (côtes et/ou sternum), deux ou plusieurs clichés N 47*, visent-elles la radiographie du gril costal gauche ou du gril costal droit ou bien visent-elles le thorax osseux dans son ensemble ?

❖ **RÉPONSE**

Les prestations 455313 - 455324 *Radiographie du gril costal (côtes et/ou sternum), un cliché N 35* et 455335 - 455346 *Radiographie du gril costal (côtes et/ou sternum), deux ou plusieurs clichés N 47*, visent bien le thorax osseux dans son ensemble.

( C.G. 16.1.1989 )

❖ **QUESTION 10**

La prestation 451754 – 451765 *Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléo-cæcale par lavement baryté après remplissage, évacuation et insufflation par la technique du double contraste, minimum 8 clichés avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision N 20*, est-elle cumulable avec la prestation 455276 – 455280 *Radiographie du bassin, un cliché bassin face dans son ensemble au minimum N 35* (non cumulable avec les prestations 450015 – 450026 N 35, 450030 – 450041 N 65, 450170 – 450181 N 20, 450516 – 450520 N 35, 450774 – 450785 N 20, 451010 – 451021 N 35, 451032 – 451043 N 60, 451791 – 451802 N 20 et 451872 781883 N 45 ).

❖ **RÉPONSE**

La prestation 451754 – 451765 N 200 ne peut pas être cumulée avec la prestation 455276 – 455280 N 35, mais elle peut l'être avec les prestations 451791 - 451802 N 20, 450170 – 450181 N 20 et 450774 – 450785 N 20.

( C.G. 16.1.1989 )

❖ **QUESTION 11**

A l'occasion d'un examen radiographique du genou, en plus des clichés face et profils, classiques, le médecin prescripteur demande des incidences particulières en vue de déceler des anomalies de l'articulation fémoro-patellaire.

Le médecin spécialiste en radiologie peut-il, s'il y a au moins 4 clichés, porter en compte 2 fois la prestation 455232 – 455243 *Radiographie du genou et/ou du fémur, minimum 2 clichés N 40* ou bien les prestations 455232 – 455243 N 40 plus 455210 - 455221 °*Radiographie de la jambe et/ou du genou, minimum 2 clichés N 28* ?

❖ **RÉPONSE**

Pour les prestations 455210 - 455221 °*Radiographie de la jambe et/ou du genou, minimum 2 clichés N 28* et 455232 – 455243 *Radiographie du genou et/ou du fémur, minimum 2 clichés N 40*, la nomenclature ne prévoit pas de clichés supplémentaires. Dès lors, on ne peut pas porter en compte des clichés supplémentaires pour un même segment, ni cumuler les prestations 455210 – 455221 et 455232 – 455243, en raison de leurs libellés, qui précisent «de la jambe et/ou du genou» et «du genou et/ou du fémur». Le cumul de ces deux prestations pour un examen radiologique du genou n'est pas admis.

En conséquence, il y a lieu d'attester un fois la prestation 455232 – 455243 *Radiographie du genou et/ou du fémur, minimum 2 clichés N 40* uniquement.

## **506 (08) ..... Crâne, face : radiographies dentaires, stomatologiques, oto-rhino-laryngologiques et ophtalmologiques spéciales**

[ C.S. 17.2.1986 ]

### **❖ QUESTION 1**

En cas de radiographies multiples de dents différentes, faut-il appliquer un plafond équivalent au status (N 45) ?

### **❖ RÉPONSE**

Il y a lieu de respecter le plafond N 45 par arcade, les radiographies étant faites lors d'une même séance.

( *Modifiée par le C.G. du 8.4.1991* ).

### **❖ QUESTION 2**

Si après un status, des radiographies de mêmes dents sont prises au cours de la même séance sous une incidence différente ou sous une intensité différente, le plafond N 45 équivalent au status est-il d'application ?

### **❖ RÉPONSE**

Il y a lieu de respecter le plafond N 45 par arcade.

( *Modifiée par le C.G. du 8.4.1991* ).

### **❖ QUESTION 3**

L'on fait, au cours de la même séance, 4 radiographies de dents différentes de la même arcade et 2 radiographies de mêmes dents sous une incidence différente.

### **❖ RÉPONSE**

Il y a lieu de respecter le plafond N 45 par arcade.

( *Modifiée par le C. G. du 8.4.1991* ).

### **❖ QUESTION 4**

Un status radiographique dentaire est fait à une arcade et une radiographie dentaire à l'autre arcade. Cette radiographie doit-elle être tarifée 456035 - 456046 + Radiographie *intra-buccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché* N 13 ou 456050 - 456061 + Radiographie *intra-buccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché : par cliché supplémentaire dans une même séance* N 8 ?

### **❖ RÉPONSE**

Il y a lieu de tarifier sous le n° 456050 - 456061 N 8 car il s'agit d'une radiographie supplémentaire faite dans la même séance.

( *Modifiée par le C.G. du 8.4.1991* ).

### **❖ QUESTION 5**

Une radiographie est faite à une arcade dentaire et une autre radiographie à l'autre arcade. Faut-il tarifier 2 x 456035 - 456046 + Radiographie *intra-buccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché* N 13 ou 456035 - 456046 N 13 plus 456050 - 456061 + Radiographie *intra-buccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché : par cliché supplémentaire dans une même séance* N 8 ?

### **❖ RÉPONSE**

La deuxième radiographie doit être tarifée sous le n° 456050 - 456061 N 8 : il s'agit d'une radiographie supplémentaire faite dans la même séance. ( *Modifiée par le C.G. du 8.4.1991* ).

## 506 (09) ..... Tomographies

[ C.S. 17.2.1986 ]

### ❖ **QUESTION**

Tomographie de la trachée face et profil.

### ❖ **RÉPONSE**

Selon la technique, il y a lieu de tarifer :

456514-456525 *Tomographie du larynx, examen avec effacement linéaire, minimum 4 clichés* N 60

456536-456540 *idem, par cliché supplémentaire* N 10

456551-456562 *idem, maximum pour l'ensemble de l'examen* N 110

**ou**

456573-456584 *Tomographie du larynx, examen avec effacement non linéaire, minimum 4 clichés* N 80

456595-456606 *idem, par cliché supplémentaire* N 10

456610-456621 *idem, maximum pour l'ensemble de l'examen* N 130.

(avec application de la disposition qui prévoit que pour les tomographies du larynx, seule une série peut être portée en compte, même si plusieurs séries sont exécutées).

### ❖ **QUESTION 2**

Tomographie linéaire ou non linéaire du cavum ou de l'hypo-pharynx et radiographie du cavum.

### ❖ **RÉPONSE**

Les tomographies du cavum ou de l'hypo-pharynx ne sont pas spécifiquement prévues à la nomenclature des prestations de santé. Elles peuvent être assimilées chacune à la tomographie du larynx avec application de la règle prévoyant qu'une seule série peut être portée en compte, même si plusieurs séries sont effectuées.

La radiographie du cavum n'est pas non plus spécifiquement prévue. Elle peut être assimilée à la radiographie de la région laryngée : 452793-452804 *Radiographie du larynx, avec trachée éventuellement, sans préparation opaque, minimum 2 clichés* N 35.

### ❖ **QUESTION 3**

Examen tomographique de la glande parotide en dehors d'une sialographie.

### ❖ **RÉPONSE**

L'examen tomographique de la glande parotide effectué en dehors d'une sialographie peut être assimilé à la tomographie du larynx (prestations 456514-456525 N 60 à 456610-456621 N 130) avec application des dispositions réglementaires propres à cette dernière.

## **506 (10) Echographies, thermographies**

[ C.S. 17.2.1986 ]

❖ **QUESTION 1**

( Supprimée par le C.G. du 8.4.1991 )

❖ **QUESTION 2**

( Supprimée par le C.G. du 8.4.1991 )

## 506 (11) ..... Manipulations

[ C.S. 17.2.1986 ]

### ❖ QUESTION 1

- Manipulation pour une arthrographie.
- Manipulation pour une lymphographie (pose d'un cathéter au membre inférieur droit et d'un cathéter au membre inférieur gauche).

### ❖ RÉPONSE

- a) Manipulation pour une arthrographie : la prestation n'est pas prévue comme telle. La ponction articulaire peut être tarifée 147033 – 147044 \**Ponction articulaire avec ou sans injection médicamenteuse* K 10.
- b) Manipulation pour lymphographie par pose d'un cathéter à chaque membre inférieur : la prestation n° 458091 - 458102 K 25 est remboursable 2 fois, tenant compte du libellé : "manipulations en vue d'une lymphographie, par placement d'un cathéter".

### ❖ QUESTION 2

Phlébographie pelvienne par voie endo-utérine : manipulation et radiographie.

### ❖ RÉPONSE

- *Manipulations :*
  - a) technique indirecte.
    1. par placement d'un cathéter : 458076 - 458080 *Manipulations en vue d'une phlébographie : avec cathéter, avec ou sans dissection* K 25.
    2. par voie transosseuse (pubis ou grand trochanter) : 458054 - 458065 *Manipulations en vue d'une phlébographie : par ponction directe* K 7,5
  - b) technique directe.
    1. par ponction directe de l'utérus : 458054 - 458065 K 7,5
    2. par voie endocavitaire : 431410 - 431421 *Insufflation kymographique des salpinx et/ou injection de produit opacifiant pour hystérosalpingographie (hystérogographie) ou pelvigographie gazeuse et/ou injection intratubaire de produit thérapeutique ...* K 25
- *Radiographie :*  
453316 - 453320 *Cavographie et/ou phlébographie viscérale, minimum 3 clichés* N 160.

### ❖ QUESTION 3

Kystographie d'un rein par ponction directe : manipulations et radiographie.

### ❖ RÉPONSE

- *Manipulation :*  
261855 - 261866 *Ponction simple de cavité rénale, avec ou sans injection de produit de contraste* K 30.
- *Radiographie : selon le nombre de clichés :*  
450516 - 450520 *Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésicale pour examen direct sans manipulation ni moyens de contraste (non cumulable avec les prestations n°s 450015 - 450026, 451010 - 451021, 451032 - 451043 et 455276 - 455280)* N 35  
**ou**  
451032 - 451043 *Radiographie de l'abdomen pour examen direct sans manipulations ni moyens de contraste, minimum 3 clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450015 - 450026, 450516 - 450520 et 455276 - 455280)* N 60  
**ou**

(450531 - 450542, 450671 - 450682) pour autant que ces examens aient été effectués conformément aux dispositions de la nomenclature.

*N.B.* La radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision (prestation 459115 - 459126) n'est pas remboursable étant donné qu'il ne s'agit pas ici d'une intervention chirurgicale.

**(Modifiée par le C.G. du 30.1.1989 et par le C.G. du 8.4.1991).**

#### ❖ **QUESTION 4**

Phlébographie sus-hépatique : manipulations et radiographie.

#### ❖ **RÉPONSE**

- *Manipulation :*  
458253 - 458264      *Cathétérisme sélectif d'une ou plusieurs veines viscérales à partir de leur origine ... une veine K 60 quel que soit le nombre de cathéters mis en place.*
- *Radiographie :*  
459270 - 459281      *Phlébographie viscérale sélective après cathétérisme d'une veine viscérale à partir de son origine N 300.*

#### ❖ **QUESTION 5**

Phlébographie pertrochantérienne pour la visualisation des réseaux veineux péri-articulaires de la hanche : manipulations et radiographie.

#### ❖ **RÉPONSE**

- *Manipulations :*  
458054-458065      *Manipulations en vue d'une phlébographie : par ponction directe K 7,5*
- *Radiographie :*  
453331-453342      *Phlébographie d'un membre au d'un segment de membre, minimum 6 clichés N 125.*

#### ❖ **QUESTION 6**

Iléo-portographie peropératoire : manipulations et radiographie.

#### ❖ **RÉPONSE**

- *Manipulations : selon la technique :*  
458054-458065      *Manipulations en vue d'une phlébographie : par ponction directe K 7,5*  
**ou**  
458076-458080      *Manipulations en vue d'une phlébographie, avec cathéter, avec ou sans dissection K 25*
- *Radiographie :*  
453316-453320      *Cavographie et/ou phlébographie viscérale, minimum 3 clichés N 160.*

#### ❖ **QUESTION 7**

Omphaloportographie : manipulations et radiographie.

❖ **RÉPONSE**

- *Manipulations :*  
458253 - 458264 *Cathétérisme sélectif d'une ou plusieurs veines viscérales à partir de leur origine, y compris la manipulation pour cavographie éventuelle : une veine K 60*
- *Radiographie :*  
459270 - 459281 *Phlébographie viscérale sélective après cathétérisme d'une veine viscérale à partir de son origine N 300.*

❖ **QUESTION 8**

Les manipulations suivantes peuvent-elles faire l'objet d'une intervention de l'assurance lorsqu'elles sont effectuées en vue d'une radiographie par un médecin spécialiste en radiodiagnostic

- ponction de la rate (472290-472301 \*\* K 30 ou 472312-472323 \*\* K 30 au 472334-472345 \*\* K 30)
- création d'un pneumo-médiastin (471575-471586 K 40)
- ponction trachéale transcutanée avec mise en place d'un cathéter (471590-471601 K 12)
- manipulation en vue d'une bronchographie sous anesthésie générale chez l'enfant de moins de sept ans (474375-474386 \*\* K 20)
- ponction du foie (472032-472043 \*\* K 30 ou 472275-472286 \*\* K 30)
- installation d'un pneumopéritoine (350571-350582 \* K 30) ?

❖ **RÉPONSE**

Bien que non prévues parmi les manipulations du chapitre de radiodiagnostic, les prestations citées sont remboursées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic et cumulées avec une radiographie (article 17, § 4, a) de la nomenclature des prestations de santé).

( C.G. 16.1.1989 )

❖ **QUESTION 9**

Comment tarifier les manipulations en vue d'une phlébographie des deux membres inférieurs avec dissection et mise en place d'un cathéter au niveau des saphènes internes droite et gauche ?

❖ **RÉPONSE**

Il y a lieu d'attester 2 x 458076 – 458080 *Manipulation en vue d'une phlébographie, avec cathéter, avec ou sans dissection K 25* : lorsque deux manipulations en vue de deux examens radiologiques sont effectuées par des voies d'abord différentes, elles sont cumulables.

( C.G. 16.1.1989 )

❖ **QUESTION 10**

Comment faut-il tarifier les manipulations effectuées d'une part pour une artériographie carotidienne droite par ponction directe et d'autre part pour une artériographie carotidienne gauche et une artériographie vertébrale gauche par cathétérisme sélectif par voie fémorale ?

❖ **RÉPONSE**

La manipulation pour l'artériographie carotidienne droite doit être attestée 458010 – 458021 *Manipulations en vue d'une aortographie ou d'une artériographie, par ponction directe K 25.*

Le cathétérisme sélectif de la carotide gauche et de l'artère vertébrale gauche pratiqué par voie fémorale doit être attesté une fois 458216 – 458220 *Cathétérisme sélectif d'une ou de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, y compris la manipulation pour l'aortographie éventuelle : plusieurs artères ... K 75.*

**506 (12) ..... Divers**

[ C.S. 17.2.1986 ]

**❖ QUESTION 1**

La nomenclature prévoit la prestation n° 459071-459082 N 30 pour radiographie de contrôle peropératoire.

Quand durant une réduction non sanglante d'une fracture, en l'occurrence une fracture de jambe, plusieurs clichés de contrôle sont effectués, quelle est la prestation à tarifer ?

**❖ RÉPONSE**

S'il y a eu examen avant et après la réduction de fracture et que chaque examen comporte au minimum 2 incidences, la prestation n° 455210-455221 ° N 28 peut être remboursée deux fois sans que soit remboursé le supplément visé sous le n° 459071-459082 N 30.

La prestation n° 459071-459082 *Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale* N 30 vise l'examen radiographique nécessaire pendant le déroulement de certaines interventions chirurgicales ou orthopédiques effectuées en salle d'opération, et qui demande un appareillage spécial sur place.

**❖ QUESTION 2**

La prestation n° 459115-459126 *Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique* N 40 peut-elle être remboursée pour des injections intra-articulaires dans des articulations d'accès difficile ?

**❖ RÉPONSE**

La prestation n° 459115-459126 N 40 ne vise pas les ponctions mais les interventions orthopédiques ou chirurgicales reprises au chapitre V de la nomenclature.

**Dès lors, l'emploi d'un amplificateur de brillance pour l'injection intra-articulaire ne peut pas être attesté.**

( Modifiée par C.G. 30.1.1989 )

**❖ QUESTION 3**

Radioscopie avec amplificateur de brillance mais sans chaîne de télévision, effectuée en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique.

**❖ RÉPONSE**

Le remboursement de la prestation n° 459115-459126 *Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique* N 40 ne peut être accordé. Le libellé de cette prestation, prévoyant l'utilisation et de l'amplificateur de brillance et de la chaîne de télévision, a été voulu lors de l'élaboration de la nomenclature de radiodiagnostic.

**❖ QUESTION 4**

Radiographies répétées de contrôle per-opératoire lors d'enclouage du col du fémur.

**❖ RÉPONSE**

Le numéro de prestation correspondant à l'examen radiographique d'une même région ne peut être remboursé qu'une fois.

Dans le cas soumis, il y a lieu de rembourser une fois la prestation n° 455254-455265 *Radiographie du fémur et/ou de la hanche, minimum 2 clichés* N 40 et une fois la prestation n° 459071-459082 *Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale* N 30.



**❖ QUESTION 5**

Peut-on cumuler les prestations n°s 451776-451780 N 50 et 459071-459082 N 30 ?

**❖ RÉPONSE**

La prestation n° 451776-451780 *Cholécysto- et/ou cholangiographie per-opératoire ou cours d'une intervention chirurgicale pratiquée en salle d'opération sous anesthésie générale* N 50 est cumulable avec la prestation n° 459071-459082 *Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale* N 30.

**❖ QUESTION 6**

Placement d'une sonde de MILLER-ABBOT jusqu'au jéjunum sous scopie télévisée.

**❖ RÉPONSE**

Le placement d'une sonde de MILLER-ABBOT jusqu'au jéjunum est remboursable sous le n° 472135-472146 \*\* *Tubage intestinal, y compris la scopie* K 10.

La scopie télévisée faite à cette occasion ne peut être remboursée en vertu du libellé de la prestation n° 459115-459126 *Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique* N 40.

**❖ QUESTION 7**

Le supplément prévu sous les n°s 459211-459222 N 20, 459233-459244 N 6 et 459255-459266 N 50 pour la méthode de soustraction lors d'une angiographie cérébrale ou viscérale peut-il être porté en compte deux fois si deux séries de clichés sont prises sous deux incidences différentes ?

**❖ RÉPONSE**

Les prestations 459211-459222 N 20, 459233-459244 N 6 et 459255-459266 N 50 qui visent « supplément pour la méthode de soustraction lors d'une angiographie cérébrale ou viscérale, le masque et le positif y compris » s'entendent par incidence.

[ C.S.S. 25.10.1993 ]

**❖ QUESTION 8**

Comment faut-il tarifier l'examen par tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré (R.M.N.) ?

**❖ RÉPONSE**

Cet examen doit être tarifé par assimilation au moyen des codes prévus à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, 11°, de la nomenclature des prestations de santé et selon la région anatomique correspondante examinée.

## **506 (13) ..... Règles d'application relatives aux prestations de radiodiagnostic**

[ C.S. 17.2.1986 ]

### **❖ QUESTION 1**

Comment peut-on tarifier l'examen radiographique par agrandissement ?

### **❖ RÉPONSE**

La radiographie par agrandissement de même que par réduction fait partie de l'examen radiographique. Elle n'est pas remboursable séparément comme nouvel examen différent. Le nombre de clichés faits par agrandissement et/ou par réduction peut cependant entrer en ligne de compte pour déterminer si le nombre minimum de clichés est atteint.

De plus, dans le cas où la nomenclature prévoit un remboursement pour clichés supplémentaires, ce remboursement est accordé.

### **❖ QUESTION 2**

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 ?

### **❖ RÉPONSE**

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.

### **❖ QUESTION 3**

Set pour irrigation non continue de la vessie, utilisé lors d'un examen radiologique.

### **❖ RÉPONSE**

Le set pour irrigation non continue de la vessie, utilisé lors d'un examen radiographique, de même que le «transfert pack » constituent des frais inhérents aux examens radiographiques qu'ils accompagnent.

### **❖ QUESTION 4**

Radiographies répétées de contrôle per-opératoire lors d'enclouage du col du fémur.

### **❖ RÉPONSE**

Le numéro de prestation correspondant à l'examen radiographique d'une même région ne peut être remboursé qu'une fois.

Dans le cas soumis, il y a lieu de rembourser une fois la prestation n° 455254-455265 *Radiographie du fémur et/ou de la hanche, minimum 2 clichés* N 40 et une fois la prestation n° 459071-459082 *Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale* N 30.

## **604..... Prestations relevant de la compétence des Opticiens – article 30**

[ C.A.S.S. 19 avril 1999 ]

### ❖ **QUESTION 1**

Comment tarifier des verres dont les dioptries du cyl. ou de la sphère dépassent le maximum prévu par la nomenclature des prestations de santé ?

### ❖ **RÉPONSE**

Les verres dont le nombre de dioptries est supérieur au maximum prévu dans la nomenclature des prestations de santé sont remboursés sur base du maximum prévu dans la catégorie de verres correspondante.

### ❖ **QUESTION 2**

Changement d'axe.

### ❖ **RÉPONSE**

Un changement d'axe ne peut être pris en considération pour la tarification de nouveaux verres de mêmes dioptries.

### ❖ **QUESTION 3**

Les verres de mêmes dioptries ne peuvent être remboursés qu'une seule fois pour chaque oeil dans le délai de renouvellement prévu à l'article 30, § 3, de la nomenclature des prestations de santé.

Qu'y a-t-il lieu de faire quand un même verre pour un même oeil doit être prescrit dans le délai de renouvellement prévu à l'article 30, § 3, de la nomenclature d'abord pour vision de près, plus tard pour vision de loin ?

### ❖ **RÉPONSE**

On doit rembourser un nouveau verre : le verre conçu pour une vision de près ne peut pas être employé pour une vision de loin, au cas où la dioptrie est la même car les verres ne sont pas centrés de la même façon pour les 2 visions.

Il faut préciser que l'emploi d'un même verre créerait un inconfort musculaire, les verres pour vision de près étant plus centrés que pour une vision de loin.

### ❖ **QUESTION 4**

Prescription de verres de même puissance que les précédents, mais présentant d'autres caractéristiques.

### ❖ **RÉPONSE**

En cas d'une nouvelle prescription de verres de même puissance, mais présentant d'autres caractéristiques, notamment quant au façonnage du verre, le supplément de prix éventuel peut être tarifé.

En cas de prescription simultanée, le verre le plus cher est tarifé.

Exemples :

verres bifocaux en plus de verres de loin et de près fournis antérieurement;

verres lenticulaires en plus de verres normaux fournis antérieurement.

### ❖ **QUESTION 5**

Prescription de nouveaux verres à double foyer prévoyant le changement d'une seule des deux visions.

**❖ RÉPONSE**

Si la prescription de verres à double foyer prévoit le changement d'une seule des deux visions, l'assuré a droit à l'intervention prévue pour les nouveaux verres bifocaux prescrits.

Il en sera de même en cas de prescription de verres à triple foyer et de verres multifocaux.

**❖ QUESTION 6**

En cas de verre bi-, tri- ou multifocaux, quelle dioptrie détermine le montant de la tarification ?

**❖ RÉPONSE**

Le montant de la tarification est basé sur la dioptrie pour vision de loin.

**❖ QUESTION 7**

Prescription de 3 paires de lunettes :

- 1 pour vision de loin;
- 1 pour vision de près;
- 1 bi-, tri- ou multifocaux.

**❖ RÉPONSE**

Si les prestations sont fournies simultanément, seuls les verres bi-, tri- ou multifocaux peuvent être tarifés, deux verres de mêmes dioptries ne pouvant être portés en compte à l'assurance pour le même oeil dans le délai de renouvellement prévu à l'article 30, § 3, de la nomenclature des prestations de santé.

**❖ QUESTION 8**

Verres à triple foyer et verres à vision progressive ayant les mêmes caractéristiques pour les visions de loin, intermédiaire et rapprochée.

**❖ RÉPONSE**

En l'absence de changement de dioptries, la tarification successive de ces deux types de verres n'est pas permise avant l'expiration du délai de renouvellement prévu à l'article 30, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, lié à la première fourniture.

**❖ QUESTION 9**

Peut-on tarifier des verres et des lentilles de contact lorsqu'il y a fourniture simultanée ou en deux temps ?

**❖ RÉPONSE**

Oui.

**❖ QUESTION 10**

Correction bilatérale nécessaire mais les critères relatifs aux lentilles de contact ne sont réalisés que pour un seul oeil.

**❖ RÉPONSE**

Dans le cas où une correction bilatérale est nécessaire mais où les critères relatifs aux lentilles de contact ne sont pas réalisés pour l'un des deux yeux, l'intervention de l'assurance pour deux verres de contact est accordée.

**❖ QUESTION 11**

Lentille de contact : oeil gauche : sph + 7 cyl. + 2,25.

❖ **RÉPONSE**

La lentille de contact peut être tarifée. En effet, dans l'axe où l'amétropie est maximale, elle dépasse + 8 dioptries.

❖ **QUESTION 12**

Peut-on autoriser le renouvellement de lentilles de contact d'un même pouvoir de réfraction, mais de types différents ?

❖ **RÉPONSE**

Le renouvellement des lentilles de contact n'est admis que dans les limites prévues à l'article 30, § 7 de la nomenclature des prestations de santé.

❖ **QUESTION 13**

( **Supprimée par le Comité de l'assurance du 19 avril 1999** )

❖ **QUESTION 14**

( **Supprimée par le Comité de l'assurance du 19 avril 1999** )

[ **C.A.S.S. 6 décembre 1999** ]

❖ **QUESTION 15**

Peut-on rembourser, deux ans après la fourniture précédente, des verres dont le nombre de dioptries (sphère + cylindre) est resté identique, mais ayant subi l'ajout d'un prisme de 2 dioptries ?

❖ **RÉPONSE**

La réponse est affirmative. L'ajout ou la modification de la valeur prismatique d'un verre correspond à un changement de vision, tout comme l'ajout ou la modification de la valeur cylindrique. Ces verres peuvent dès lors être remboursés avant l'expiration du délai prévu à l'article 30 § 3, de la nomenclature des prestations de santé.