

## ***Prestations relevant de la compétence des Bandagistes et des Orthopédistes (implants et prothèses, appareillages divers) – article 28, § 1<sup>er</sup>***

[ C.A.S.S. 19 juin 2000 – M.B. 27.07.2000 ]

### **❖ QUESTION 1**

Peut-on porter en compte deux fois la prestation n° 612334 - 612345 *Utilisation temporaire d'un cathéter-électrode intra-cavitaire ou intra-œsophagien pour entraînement électro-systolique du cœur...* Y 61 en cas d'utilisation, au cours de la même intervention, de deux cathéters-électrodes pour entraînement systolique du cœur?

### **❖ REPONSE**

La prestation n° 612334 - 612345 *Utilisation temporaire d'un cathéter-électrode intra-cavitaire ou intra-œsophagien pour entraînement électro-systolique du cœur...* Y 61 ne peut être remboursée qu'une fois. Cette prestation doit être considérée comme un forfait valable pour une même période continue d'entraînement systolique du cœur.

### **❖ QUESTION 2**

Prothèse articulaire des doigts en silicone médicale.

### **❖ REPONSE**

La prothèse articulaire des doigts en silicone médicale peut être tarifée sous le n° 638875 - 638886 *tarse et carpe : prothèse articulaire en silicone pour utilisation médicale...* Y 64.

### **❖ QUESTION 3**

Remplacement d'un osselet du carpe par un implant artificiel (par exemple: os semi-lunaire ou os scaphoïde en silicone).

### **❖ REPONSE**

Le matériel implanté est à tarifer sous le n° 638853 - 638864 *Prothèse de l'os semi-lunaire cobalt/chrome ou titane...* Y 220.

### **❖ QUESTION 4**

Comment faut-il tarifer les stents fémoraux ou poplités ?

### **❖ REPONSE**

Ces stents doivent être attestés sous le numéro 613830 - 613841 *Tuteur pour angioplastie: tuteur iliaque isolé...* Y 600 ou sous le numéro 613852 - 613863 *Tuteur pour angioplastie : tuteur iliaque avec ballonnets de mise en place...* Y 900, selon le cas.

❖ **QUESTION 5**

La prestation 612850 - 612861 *Set d'autotransfusion sanguine pour les prestations 229014 - 229025, 229051 - 229062, 229073 - 229084 ...* peut-elle être attestée lors de la réalisation des prestations suivantes :

- 229596 - 229600 *Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intra-thoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle.*
- 229611 - 229622 *Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastro-épiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) by-pass veineux associé(s).*
- 229574 – 229585 *Revascularisation myocardique par anastomose à l'aide de l'artère mammaire interne, utilisant les deux artères mammaires ou l'implantation d'une artère mammaire sous forme de pontages séquentiels.*

❖ **REPONSE**

Avant leur introduction dans la nomenclature des prestations de santé, les prestations 229596 - 229600, 229611 - 229622 et 229574 - 229585 étaient prévues sous le numéro de code 229014 - 229025 *Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intra-thoraciques sous circulation extra-corporelle*, qui, lui, est bien cité dans le libellé de la prestation 612850 - 612861 *Set d'autotransfusion sanguine pour les prestations 229014 - 229025,...*

Les différentes composantes issues de la prestation 229014 - 229025 peuvent aussi donner lieu au remboursement de la prestation 612850 - 612861.

La prestation 612850 - 612861 peut dès lors être attestée lors de la réalisation des prestations 229596 - 229600, 229611 - 229622 ou 229574 - 229585.

❖ **QUESTION 6**

Comment faut-il tarifier un filet implantable utilisé comme point d'ancrage lors d'une cure de cystocèle ?

❖ **REPONSE**

Le filet implantable peut être attesté par assimilation, sous le numéro de code 612371 - 612382 *Filet implantable pour réparation de hernie ou éventration, par 10 cm<sup>2</sup>,... Y 2*, quelle que soit la nature de la déféctuosité.

❖ **QUESTION 7**

Comment faut-il tarifier une cage (inter)vertébrale ?

❖ **REPONSE**

Cet implant peut être attesté par assimilation sous le numéro de nomenclature 637954 - 637965 *Cadre,... Y 300*.

[ Circulaire O.A. n° 2000 / 42 ]



**Concerne :** **Prestation 613896-613900** *Emploi d'un ou de plusieurs cathéters pour athérectomie périphérique mettant en oeuvre un dispositif mécanique à l'occasion de la prestation 589256-589260 ... Y 1000.*

Le libellé de la prestation 613896-613900 Y 1000 prévue à l'article 28, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature des prestations de santé, précise que cette prestation est remboursable à l'occasion de la réalisation de la prestation 589256-589260 *Artérioplastie endovasculaire percutanée autre que la dilatation par ballonnet (athérectomie, laser, endartériectomie rotative) sous contrôle d'imagerie médicale, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion des cathéters d'angioplastie, des produits pharmaceutiques et de contraste : Pour les artères autres que les artères coronaires ... 11200.*

Or, la prestation 589256-589260 I 1200 est supprimée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2000, et ce, en application de l'article 3 de l'arrêté royal du 6 novembre 1999 (MB du 26 novembre 1999), qui fait entrer en vigueur les dispositions de l'article 10, A, 16, de l'arrêté royal du 29 avril 1999 (MB du 27 mai 1999), prévoyant la suppression de la prestation 589256-589260.

On peut constater, par ailleurs, que l'arrêté royal du 29 avril 1999 (M.B. du 27 mai 1999), a modifié, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1999, le libellé de la prestation 589175 - 589186 1400, qui est dès lors rédigé comme suit depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1999 :

« 589175 - 589186 *Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant à la recanalisation d'une occlusion vasculaire documentée, par fibrinolyse, par recanalisation mécanique, par utilisation d'énergie (thermique, laser, radiofréquence) et par aspiration, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion des cathéters d'angioplastie, des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux autres que les vaisseaux coronaires I 400* »

L'athérectomie effectuée au moyen d'un dispositif mécanique, qui était prévue pour les artères autres que les artères coronaires sous le numéro 589256-589260 I 1200 est dès lors aussi visée par le libellé de la prestation 589175-589186 I 400, qui mentionne : «recanalisation d'une occlusion vasculaire documentée, ..., par recanalisation mécanique ..., pour les vaisseaux autres que les vaisseaux coronaires.»

Suite à la suppression à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2000 de la prestation 589256 – 589260 I 1200, des problèmes se posent pour le remboursement de la prestation 613896 - 613900 *Emploi d'un ou de plusieurs cathéters ... à l'occasion de la prestation 589256 - 589260*, Y 1000, étant donné que le libellé se réfère à une prestation qui est supprimée.

Nous vous prions dès lors de noter qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2000 et jusqu'à l'adaptation de la nomenclature des prestations de santé par arrêté royal, la prestation 613896 - 613900 *Emploi d'un ou de plusieurs cathéters pour athérectomie périphérique mettant en oeuvre un dispositif mécanique ...* Y 1000 est remboursable lorsqu'un ou des cathéters d'athérectomie munis d'un dispositif mécanique sont réellement utilisés lors de la réalisation de la prestation 589175 - 589186 1400.

[ M.B. 31.05.2001 – éd. 2 ]

#### ❖ QUESTION 8

La prothèse mammaire implantée après mammectomie préventive peut-elle être portée en compte sous la prestation 614412 – 614423 ?

#### ❖ Réponse

Une mammectomie préventive est une intervention mutilante du sein. La prothèse mammaire implantée peut donc être portée en compte sous le numéro de code 614412 – 614423 *Prothèse mammaire après mammectomie totale ou agénésie unilatérale ou pour séquelles d'interventions mutilantes du sein.*

[ M.B. 31.05.2001 – éd. 2 - Effet le 2 avril 1999 ]

#### ❖ QUESTION 9

La prothèse mammaire implantée lors d'une hypoplasie congénitale majeure unilatérale peut-elle être portée en compte sous la prestation 614412 – 614423 ?

#### ❖ Réponse

La prothèse mammaire implantée en cas d'hypoplasie congénitale majeure unilatérale peut être portée en compte sous le numéro de code 614412 – 614423 *Prothèse mammaire après mammectomie totale ou agénésie unilatérale ou pour séquelles d'interventions mutilantes du sein.....* Y 350.

[CASS 27 mai 2002 – M.B. 27.07.2002 – **en vigueur : 01.11.2001** ]

❖ **Question 10**

En cas d'implantation d'une prothèse de hanche, la prestation 639236-639240 Prothèse hors mesure peut-elle être attestée ?

❖ **Réponse**

La prestation 639236-639240 ne peut plus être attestée pour les prothèses de hanche implantées à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2001. La nouvelle nomenclature des prothèses de hanche reprise sous l'article 35 de la nomenclature prévoit diverses prestations sous lesquelles les prothèses de hanche hors mesure peuvent être portées en compte.

Cette prestation peut néanmoins être portée en compte pour les autres prothèses articulaires hors mesure reprises à l'article 28, § 1.]

[CASS 31 mars 2003 – M.B. 27.05.2003 – **en vigueur : 01.04.2003** ]

❖ **Règle interprétative 11**

Les prestations 612054-612065 *Cathéter transendoscopique à ballon type Fogarty pour extraction de calculs biliaires ... Y 155* de l'article 28 de la nomenclature

et 689651-689662 *Matériel utilisé lors de la prestation 473690-473701[Fibroduodéoscopie (2ème et 3ème duodénum) avec papillotomie et/ou extraction de calculs cholédociens] couplée avec une extraction de calculs ... U 240* de l'article 35bis de la nomenclature

peuvent-elles être cumulées ?

❖ **Réponse**

Les prestations 612054-612065 et 689651-689662 ne sont pas cumulables entre elles.]

[CASS 15 décembre 2003 – M.B. 15.01.2004 – **en vigueur : 01.04.2003** ]

❖ **Règle interprétative 12**

La prestation 612850-612861 « *Set d'autotransfusion sanguine pour les prestations 229014-229025, 229051-229062, 229073-229084 ...* » peut-elle être portée en compte lors de la réalisation de la prestation 229633-229644 « *Revascularisation myocardique à coeur battant effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuels(s) bypass veineux associé(s)* » ?

❖ **Réponse**

Avant que celle-ci ne soit introduite dans la nomenclature des prestations de santé, la prestation 229633-229644 était déjà comprise sous le numéro de nomenclature 229611-229622 « *Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuels(s) bypass veineux associé(s)* », qui est citée dans la règle interprétative 5 de l'article 28.

La prestation 612850-612861 peut donc être portée en compte à l'occasion de la prestation 229633-229644.

[CASS 06 décembre 2004 – M.B. 30.12.2004 – **en vigueur : 01.03.2004** ]

❖ **Règle interprétative 13**

Les prestations 612054-612065 « *Cathéter transendoscopique à ballon type Fogarty pour extraction de calculs biliaires* » de l'article 28 de la nomenclature et 731091-731102 « *Ensemble du matériel de consommation et du matériel*

implantable utilisé lors de la prestation 473830- 473841, par voie endoscopique » de l'article 35bis de la nomenclature peuvent-elles être cumulées ?

❖ **Réponse**

Les prestations 612054-612065 et 731091-731102 ne sont pas cumulables entre elles.

[CASS 11 avril 2005 – M.B. 29.04.2005 – **en vigueur : 29.04.2005** ]

❖ **Règle interprétative 14**

Comment faut-il tarifier les tuteurs iliaques ou fémoraux couverts ?

❖ **Réponse :**

Ces tuteurs doivent être attestés sous le numéro 613830-613841 « Tuteur pour angioplastie: tuteur iliaque isolé ... Y 600 » ou sous le numéro 613852-613863 « Tuteur pour angioplastie: tuteur iliaque avec ballonnets de mise en place ... Y 900 » selon le cas. Une greffe vasculaire ne peut donc pas être attestée.

[CASS 24 octobre 2005 – M.B. 17.11.2005 – **en vigueur : 17.11.2005** ]

❖ **Règle interprétative 15**

La prestation 612054-612065 de l'article 28 de la nomenclature peut-elle être cumulée avec la prestation 731076-731080 ou avec la prestation 731113-731124 de l'article 35bis de la nomenclature ?

- 612054-612065 Cathéter transendoscopique à ballon type Fogarty pour extraction de calculs biliaires ... Y 155
- 731076-731080 Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473690 - 473701, par voie endoscopique ... U 114
- 731113-731124 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723, par voie endoscopique ... U 271

❖ **Réponse :**

La prestation 612054-612065 de l'article 28 **ne peut pas être cumulée** avec la prestation 731076-731080 ou avec la prestation 731113-731124 de l'article 35bis.

[CASS 13 mars 2006 – M.B. 14.04.2006 – **en vigueur : 14.04.2006** ]

❖ **Règle interprétative 16**

La prestation 612371-612382 de l'article 28 de la nomenclature, relative au filet implantable pour réparation de hernie ou éventration, prévoit une intervention de l'assurance de Y 2 par 10cm<sup>2</sup>. Comment doit être déterminée la surface attestable sous cette prestation lorsqu'un filet pré-découpé, p. ex. de type « Prolift » ou « Avaulta », est utilisé ?

❖ **Réponse :**

Lorsqu'un filet pré-découpé par le fabricant est utilisé, la surface attestable sous la prestation 612371-612382, n'est pas la surface totale du filet avant découpe mais bien la surface utilisée lors de l'intervention.

[CASS 29 mai 2006 – M.B. 07.07.2006 – **en vigueur : 01.09.2005** ]

❖ **Règle interprétative 17**

En cas d'implantation d'une prothèse d'épaule, la prestation 639236-639240 Prothèse hors mesure peut-elle être attestée ?

❖ **Réponse**

La prestation 639236-639240 ne peut plus être attestée pour les prothèses d'épaule implantées à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2005. La nouvelle nomenclature des prothèses d'épaule reprise sous l'article 35 de la nomenclature prévoit diverses prestations sous lesquelles les prothèses d'épaule de différentes tailles peuvent être portées en compte.

Cette prestation peut néanmoins être portée en compte pour les autres prothèses articulaires hors mesure reprises à l'article 28, § 1.

[CASS 23 octobre 2006 – M.B. 27.11.2006 – **en vigueur : 27.11.2006** ]

❖ **REGLE INTERPRETATIVE 18**

Peut-on attester la prestation 638013-638024 pour tarifier un connecteur reliant une vis à une tige, dans le cadre d'une fixation de la colonne vertébrale ?

638013-638024 : Connexion entre implants principaux (il peut s'agir de connexion transversale ou longitudinale).

❖ **Réponse**

La prestation 638013-638024 couvre les connexions entre implants principaux. Les vis étant des implants intermédiaires, le connecteur entre un implant intermédiaire et un implant principal ne peut pas être attesté sous le numéro 638013-638024.

La prestation 638234-638245 couvre l'implant d'ancrage accompagné de toutes les pièces d'attache, d'ajustement, de réduction et de blocage de cet implant à l'implant principal. Le connecteur latéral reliant une vis à une tige est donc compris dans ce remboursement, comme le sont les rondelles, vis de blocage,...

638234-638245 : Implant composé (implant d'ancrage unitaire (vis pédiculaire ou corporéale, broche fileté, crochet pédiculaire ou lamaire, agrafe,...) accompagné de toutes les pièces d'attache, d'ajustement, de réduction et de blocage de cet implant unitaire à l'implant principal.

❖ **REGLE INTERPRETATIVE 19**

Peut-on porter en compte la prestation 637954-637965 pour tarifier une prothèse de disque intervertébral ?

637954-637965 : Cadre

❖ **REPONSE**

Non. Les prothèses de disques intervertébrales ne font l'objet d'aucune intervention de l'assurance obligatoire : elles ne peuvent donc pas être portées en compte sous la prestation 637954-637965, ni sous aucune autre prestation de l'article 28 de la nomenclature.

❖ **REGLE INTERPRETATIVE 20**

Peut-on facturer un implant interépineux comme un implant principal utilisé dans la colonne vertébrale ?

❖ **REPONSE**

Non. Les implants interépineux ne font l'objet d'aucune intervention de l'assurance obligatoire.

❖ **REGLE INTERPRETATIVE 21**

Peut-on, lors d'une opération au niveau de la colonne vertébrale, facturer plusieurs fois la prestation 638234-638245 pour un même niveau ?

638234-638245 : Implant composé (implant d'ancrage unitaire (vis pédiculaire ou corporéale, broche filetée, crochet pédiculaire ou lamaire, agrafe,...) accompagné de toutes les pièces d'attache, d'ajustement, de réduction et de blocage de cet implant d'ancrage unitaire à l'implant principal).

❖ **REPONSE**

La prestation 638234-638245 ne peut être attestée qu'une seule fois par point d'ancrage, soit au maximum deux fois par vertèbre. En effet, cette prestation couvre l'implant d'ancrage (ex : vis, crochet) mais aussi toutes les pièces d'attache (ex : boulon), d'ajustement (ex : connecteur latéral ou offset, rondelle), de réduction et de blocage (ex : locking screw).

Par conséquent, elle ne peut pas être cumulée avec les prestations 638116-638120 et 638131-638142 pour un même point d'ancrage.

638116-638120 : Vis (s'adresse aux vis spécifiquement conçues pour les ostéosynthèses vertébrales).

638131-638142 : Crochet ou agrafe

[CASS 4 mai 2009 – M.B. 29.05.2009 – en vigueur : 01.04.2009 ]

❖ **REGLE INTERPRETATIVE 22**

En cas d'implantation d'une prothèse de genou, la prestation 639236-639240 Prothèse hors mesure peut-elle être attestée ?

❖ **REPONSE**

La prestation 639236-639240 ne peut plus être attestée pour les prothèses de genou implantées à partir du 1<sup>er</sup> avril 2009. La nouvelle nomenclature des prothèses de genou reprise sous l'article 35 de la nomenclature prévoit diverses prestations sous lesquelles les prothèses de genou de différentes tailles peuvent être portées en compte. Cette prestation peut néanmoins être portée en compte pour les autres prothèses articulaires hors mesures reprises à l'article 28, § 1<sup>er</sup>.