

Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Article 35, § 1^{er} - Implants

[C.A.S.S. 18 juillet 2005 – M.B. 29.07.2005 – **entrée en vigueur : 29.07.2005**]

➤ **REGLE INTERPRETATIVE 1** **(Neurochirurgie)**

QUESTION

Un neurostimulateur implanté en cas de CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) peut-il faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire via la prestation 683093-683104 *Neurostimulateur implanté* ?

REPONSE

Non, un neurostimulateur implanté en cas de CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance via la prestation 683093-683104.

[C.A.S.S. 18 juillet 2005 – M.B. 29.07.2005 – **entrée en vigueur : 1^{er} juin 2005**]

➤ **REGLE INTERPRETATIVE 2** **(Chirurgie thoracique et cardiologie)**

QUESTION

Les quatre prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion de la prestation 684375-684386 « *Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur* » ?

685731-685742	Electrode endocardiale unipolaire implantable pour la prestation 684530 – 684541	U 598
685753-685764	Electrode endocardiale bipolaire implantable pour la prestation 684530 – 684541	U 598
685775-685786	Electrode myocardiale implantable pour la prestation 684530 – 684541	U 598
685790-685801	Electrode endocardiale single-pass implantable pour la prestation 684530 – 684541	U 814

REPONSE

Etant donné que la prestation 684375-684386 a été créée uniquement pour distinguer le premier stimulateur cardiaque du stimulateur cardiaque de remplacement, les prestations 685731-685742, 685753-685764, 685775-685786 et 685790-685801 **peuvent être attestées** à l'occasion de la prestation 684375-684386 « *Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur* ».

[C.A.S.S. 29 mai 2006 – M.B. 10.07.2006 – **entrée en vigueur : 10 juillet 2006**]

➤ **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 3**

QUESTION

Un neurostimulateur implanté en cas de "cluster headache" peut-il faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire via la prestation 683093-683104 ?

RÉPONSE

Non, un neurostimulateur implanté en cas de "cluster headache" ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance via la prestation 683093-683104.

[C.A.S.S. 23 octobre 2006 – M.B. 27.11.2006 – **entrée en vigueur : 1^{er} juin 2006**]

➤ **REGLE INTERPRETATIVE 4**

QUESTION

Le § 8, E., de l'article 35 de la nomenclature prévoit une intervention annuelle de maximum 400 EUR dans le coût de la prestation 683712-683723 relative à la réparation du processeur vocal d'un implant cochléaire.

1. Comment doit-on interpréter la notion d'intervention annuelle ?

2. Pour la période comprise entre le 1^{er} juin 2006 (date d'entrée en vigueur de la disposition susmentionnée) et le 31 décembre 2006, soit 7 mois, le montant de 400 EUR peut-il être totalement attesté ou doit-on attester ce montant au prorata, soit au maximum 7/12^e ?

REPONSE

1. Le § 8, E., de l'article 35 de la nomenclature doit être compris comme valant par année civile;
2. Pour la période comprise entre le 1^{er} juin 2006 et le 31 décembre 2006, le montant de maximum 400 EUR peut être totalement attesté.

[C.A.S.S. 10 décembre 2007 – M.B. 15.05.2008 – **entrée en vigueur : 1^{er} mai 2007**]

➤ **REGLE INTERPRETATIVE 5** (Chirurgie vasculaire)

QUESTION

Est-ce que, « pour la prestation 683874-683885 *Implant et accessoires pour la fermeture percutanée de la paroi artérielle après une procédure endovasculaire thérapeutique*, le forfait peut être attesté « par système utilisé », « par procédure » ou « par session opératoire » ?

REPONSE

La prestation 683874-683885 ne peut être attestée qu'une fois par session opératoire.

[C.A.S.S. 21 avril 2008 – M.B. 15.05.2008 – **entrée en vigueur : 1^{er} octobre 2007**]

➤ **REGLE INTERPRETATIVE 6** (Chirurgie vasculaire)

QUESTION

Peut-on facturer deux fois la prestation 683653-683664 *Ensemble du matériel de dilatation et du (des) stent(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens* si des stents sont utilisés lors de la revascularisation d'une artère contralatérale et de l'autre axe anatomique durant une seule session opératoire? Peut-on facturer deux fois la prestation 683653-683664 si des stents sont utilisés lors de la revascularisation des artères de 2 axes anatomiques durant une seule session opératoire?

Dans le libellé de la prestation 683653-683664 que faut-il comprendre par « autre axe anatomique » ?

REPONSE

Dans ces situations, la prestation 683653-683664 ne peut-être facturée qu'une seule fois.

Par « autre axe anatomique » il faut comprendre un autre axe artériel ou la présence d'une articulation entre deux artères.

➤ **REGLE INTERPRETATIVE 7** (Chirurgie vasculaire)

QUESTION

Avec quelles prestations peut-on cumuler la prestation 683653-683664 *Ensemble du matériel de dilatation et du (des) stent(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens* ?

REPONSE

La prestation 683653-683664 peut uniquement être cumulée avec les prestations :

- 683616-683620 *Ensemble du matériel de dilatation et du (des) stent(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité et*
- 683631-683642 *Ensemble du matériel de dilatation et du (des) stent(s) utilisés lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mesentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens.*

[C.A.S.S. 29 mai 2008 – M.B. 17.10.2008 – **entrée en vigueur : 17 octobre 2008**¹]

➤ **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 8**.....(ORL)

QUESTION

Quelle prestation peut-être attestée lors du remplacement du dispositif de fixation (abutment) d'une BAHA (*Bone Anchored Hearing Aids*) ?

- 685952-685963 *Implants utilisés lors du placement d'une prothèse auditive avec ancrage osseux dans l'os temporal, premier point de fixation, y compris tous les accessoires.*

RÉPONSE

La prestation 685952-685963 peut-être prise en compte lors du remplacement du dispositif de fixation (abutment) d'une BAHA.

[C.A.S.S. 28 juillet 2008 – M.B. 26.09.2008 – **entrée en vigueur : 26 septembre 2008**]

➤ **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 9**.....(Neurochirurgie)

QUESTION

De quelle manière convient-il d'attester le remplacement d'un cathéter utilisé avec une pompe implantable dans le cadre de la prestation 683071-683082 ou 683152-683163 ou 683174-683185 ou 683196-683200?

- 683071-683082 *Pompe programmable implantable commandée électroniquement, à débit réglable, y compris les accessoires de programmation, destinée à l'administration intrathécale d'un agent antispasmodique à action centrale pour spasticité rebelle et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle.*
- 683152-683163 *Pompe programmable implantable commandée électroniquement, à débit réglable, y compris les accessoires de programmation, destinée à l'administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique*
- 683174-683185 *Pompe implantable à débit constant, y compris les accessoires, destinée à l'administration intrathécale d'un agent antispasmodique à action centrale pour spasticité rebelle et/ou dystonie généralisée sévère et rebelle*
- 683196-683200 *Pompe implantable à débit constant, y compris les accessoires, destinée à l'administration intrathécale de morphine ou d'un agent morphinomimétique*

RÉPONSE

Lors du remplacement d'un cathéter utilisé avec une pompe implantable, il convient d'attester la prestation adéquate (683071-683082 ou 683152-683163 ou 683174-683185 ou 683196-683200 selon le type de pompe) ainsi que le code d'identification propre au cathéter.

[C.A.S.S. 24 novembre 2008 – M.B. 18.12.2008 – **entrée en vigueur : 1^{er} mars 2002 (sic !)**]

➤ **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 10**.....(Urologie/Néphrologie)

QUESTION

Comment peut-on rembourser une partie à remplacer de l'appareil, qui est placé pour le traitement d'affections vésicales neurogènes spastiques consécutives à une lésion irréversible de la moelle épinière et pour lequel un remboursement est prévu via la prestation 684154-684165 de l'article 35 de la nomenclature ainsi que la liste correspondante de produits admis pour le remboursement ?

RÉPONSE

La partie de l'appareil qui doit être remplacé peut être remboursée via la prestation 684154-684165 et le code d'identification attribué à l'appareil complet. Le remboursement se limite au prix de la facture.

¹ M.B. 05.06.2009.(p. 40205) : La règle interprétative 8 est d'application pour les prestations qui ont eu lieu dans la période du 17 octobre 2008 jusqu'au 31 mai 2009.

[C.A.S.S. 6avril 2009 – M.B. 29.05.2009 + erratum M.B. 04.08.09 – **entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2009**]

➤ **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 11**.....(**Orthopédie et traumatologie**)

QUESTION

De quelle manière doit-on interpréter la règle d'application de la prestation 689054-689065 « Le remboursement du ciment utilisé lors du placement d'une prothèse de cheville est limité à maximum un sachet » ?

RÉPONSE

Le remboursement du ciment utilisé lors du placement d'une prothèse de cheville est limité à maximum 1 unité de 20 g.

[C.A.S.S. 15 mars 2010 – M.B. 28.09.2010 – **entrée en vigueur : 1^{er} juin 2006**]

➤ **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 12**.....(**UROLOGIE ET NEPHROLOGIE**)

QUESTION

Comment peut-on rembourser une partie à remplacer d'un sphincter urinaire artificiel implanté, composé d'une manchette gonflable, d'une pompe avec système de contrôle et d'un réservoir régulateur de pression et pour lequel un remboursement est prévu via la prestation 684036-684040 de l'article 35 de la nomenclature et via la liste correspondante de produits admis pour le remboursement ?

RÉPONSE

La partie à remplacer d'un sphincter urinaire artificiel implanté peut être remboursée via la prestation 684036-684040 et le code d'identification attribué au sphincter complet. Le remboursement se limite au prix de la facture. Cependant, si la partie à remplacer tombe sous les conditions de garantie, aucun remboursement n'est prévu.

[C.A.S.S. 8 novembre 2010 – M.B. 08.02.2011 – **entrée en vigueur : 1^{er} mai 2010**]

➤ **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 13**.....(**Orthopédie et traumatologie**)

QUESTION

Peut-on attester une prestation relative aux plaques et vis pour la reconstruction des os crâniens lorsqu'il s'agit d'une reconstruction du visage ou de la mâchoire ?

RÉPONSE

Oui, les prestations relatives aux plaques et vis pour la reconstruction des os crâniens à savoir les prestations 736013-736024, 736035-736046, 736050-736061, 736072-736083, 736094-736105, 736116-736120, 736131-736142, 736153-736164, 736175-736186 et 736190-736201 peuvent être attestées pour la reconstruction du crâne, visage et/ou mâchoire.

[C.A.S.S. 17 janvier 2011 – M.B. 25.03.2011 – **entrée en vigueur : 1^{er} avril 2011**]

➤ **REGLE INTERPRETATIVE 14**.....(**CHIRURGIE VASCULAIRE**)

QUESTION

Comment peut/peuvent être facturé(s) un ou plusieurs bare metal stent(s) lors de l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement au minimum d'un ou plusieurs drug eluting stent(s) à l'occasion de la prestation 589013-589024 pour les indications prévues au § 11ter de l'article 35 de la nomenclature des prestations de soins de santé ?

589013-589024 = Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère coronaire y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion du cathéter de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour l'ensemble des artères coronaires

REPONSE

Lors de l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement au minimum d'un ou plusieurs drug eluting stent(s) à l'occasion de la prestation 589013-589024 pour les indications prévues au § 11ter de l'article 35 de la nomenclature des prestations de soins de santé, un ou plusieurs bare metal stent(s) est/sont compris dans la prestation 680315-680326.

680315-680326 = Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs drug eluting stent(s) à l'occasion de la prestation 589013-589024 pour les indications prévues au § 11ter

[C.A.S.S. 20 décembre 2010 – M.B. 25.03.2011 – **entrée en vigueur : 1^{er} Mai 2007**]

➤ **REGLE INTERPRETATIVE 15**

QUESTION

Les fils de guidage, la gaine d'introduction et le dispositif de gonflage utilisés à l'occasion de la prestation 589455-589466 peuvent-ils être attestés via la prestation 685355-685366 à côté des cathéters de dilatation, du matériel de fenestration ou de septation, du matériel d'occlusion et des implants ?

589455-589466 = *Fermeture du defect du septum auriculaire, du defect du septum ventriculaire du canal artériel persistant ou fenestration du septum auriculaire ou fermeture d'une fistule coronaire ou fenestration ou septation dans le septum auriculaire ou le septum interventriculaire ou dilatation de vaisseaux intra-thoraciques (sténose pulmonaire périphérique, voies veineuses péricardiques, coarctation de l'aorte), y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, du matériel d'occlusion, des implants et des produits pharmaceutiques et de contraste, maximum par séance opératoire*

685355-685366 = *Utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion et d'implants, à l'occasion de la prestation 589455-589466*

REPONSE

Oui, les fils de guidage, la gaine d'introduction et le dispositif de gonflage utilisés à l'occasion de la prestation 589455-589466 peuvent être attestés via la prestation 685355-685366 à côté des cathéters de dilatation, du matériel de fenestration ou de septation, du matériel d'occlusion et des implants.

[C.A.S.S. 6 juin 2011 – M.B. 08.08.2011 – **entrée en vigueur : 1^{er} avril 2009**]

➤ **RÈGLE INTERPRETATIVE 16**

QUESTION

Lorsque 2 prothèses de disque lombaire (ou plus) sont placées lors de la même intervention, peut-on attester la prestation 735792-735803 (*Prothèse pour le remplacement d'un disque intervertébral lombaire total, pour l'ensemble des éléments*) ?

RÉPONSE

Non, la prestation 735792-735803 ne peut être attestée. Lorsque plusieurs prothèses de disque lombaire sont placées lors de la même intervention, il n'y a aucune intervention de l'assurance maladie obligatoire vu que, dans ce cas, le patient ne satisfait pas aux critères d'inclusion et d'exclusion prévus.

➤ **RÈGLE INTERPRETATIVE 17**

QUESTION

Peut-on attester la prestation 735792-735803 en cas de remplacement d'une prothèse de disque lombaire ?

RÉPONSE

En cas de remplacement partiel (remplacement de l'insert ou du noyau en polyéthylène), la prestation 735792-735803 peut être attestée ainsi que le code d'identification attribué à l'ensemble de la prothèse totale de disque lombaire. L'intervention reste cependant limitée au prix de la partie en polyéthylène suivant la facture.

La prestation ne peut pas être attestée en cas de révision totale car le gold standard en cas de révision est l'arthrodèse.

[C.A.S.S. 12 septembre 2011 – M.B. 26.09.2011 – **entrée en vigueur : 1^{er} mai 1999**]

➤ **RÈGLE INTERPRETATIVE 18**

QUESTION

Les quatre prestations suivantes peuvent-elles être remboursées lorsqu'elles ne sont pas attestées en même temps que le stimulateur cardiaque (prestations 684530-684541, 684375-684386 et 684655-684666) ?

685731 685742

Électrode endocardiale unipolaire implantable pour la prestation 684530 - 684541 ou la prestation 684375-684386, par électrode U 553

685753 685764

Electrode endocardiale bipolaire implantable pour la prestation 684530 - 684541 ou la prestation 684375-684386, par électrode U 553

685775 685786

Electrode myocardiale implantable pour la prestation 684530 - 684541 ou la prestation 684375-684386, par électrode U 553

685790 685801

Electrode endocardiale single-pass implantable pour la prestation 684530 - 684541 ou la prestation 684375-684386, par électrode U 753

RÉPONSE

Les prestations 685731-685742, 685753-685764, 685775-685786 et 685790-685801 peuvent être remboursées lorsqu'elles ne sont pas attestées en même temps que les prestations 684530-684541, 684375-684386 et 684655-684666 à condition que l'électrode attestée soit raccordée à un boîtier déjà en place afin d'obtenir un appareil fonctionnel.

[C.A.S.S. 12 septembre 2011 – M.B. 26.09.2011 – **entrée en vigueur : 01.11.2001 (prest. 689054-689065, 01.02.2009 (prest. 689955-689966 & 683970-683981))**]

➤ **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 19**

QUESTION

De quelle manière doit-on compter le poids du ciment utilisé en orthopédie (689054-689065) et en neurochirurgie (683955-683966 et 683970-683981) ?

RÉPONSE

Le poids du ciment des prestations 689054-689065, 683955-683966 et 683970-683981 est calculé en prenant en compte uniquement la poudre sèche. Les solvants n'entrent pas en ligne de compte. Il ne s'agit donc pas du poids du mélange.