

## **Article 15 (Règles d'application relatives aux prestations de chirurgie)**

### **REGLE INTERPRETATIVE 1 (en vigueur depuis le 24.6.2003)**

#### QUESTION

L'article 15, § 2, de la nomenclature est libellé de la façon suivante :

« Sauf en cas de force majeure, les interventions d'une valeur égale ou supérieure à K 120 ou N 200 ou I 200 doivent être effectuées dans une institution hospitalière agréée par l'autorité compétente et qui comprend au moins un service C ou D. »

Que faut-il entendre par « intervention » au sens de l'article 15, § 2, de la nomenclature ?

Ces dispositions sont-elles également d'application pour les interventions chirurgicales visées sous les n°s 532674 - 532685 K 180, 532696 - 532700 K 240, 532711-532722 K 300 et 532210 - 532221 K 180 et classées à l'article 21, Dermato-vénérologie, de la nomenclature ?

#### REPONSE

Par « intervention » au sens de l'article 15, § 2, de la nomenclature, il faut entendre les interventions chirurgicales et les prestations de l'article 34 de la nomenclature (prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale).

En ce qui concerne les prestations 532674 - 532685, 532696 - 532700, 532711 - 532722 et 532210 - 532221, il s'agit indiscutablement d'interventions chirurgicales.

Dès lors, conformément aux dispositions de l'article 15, § 6bis, les prestations précitées tombent sous l'application de l'article 15, § 2, de la nomenclature.

### **REGLE INTERPRETATIVE 2 (en vigueur depuis le 13.3.2002)**

#### QUESTION

Un chirurgien effectue au cours d'une même séance opératoire une endartériectomie iliaque par voie abdominale transpéritonéale et une greffe veineuse fémoro-poplitée en by-pass du même côté.

Peut-on considérer qu'il s'agit, en l'occurrence, de deux champs distincts ?

#### REPONSE

En cas d'endartériectomie iliaque par voie abdominale et de greffe veineuse fémoro-poplitée, il y a effectivement deux champs opératoires. Dès lors, il y a application des dispositions de l'article 15, § 4, premier alinéa, de la nomenclature et les prestations sont remboursables sous les n°s 237090 - 237101 Revascularisation d'une seule artère abdominale par endartériectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection avec greffe ou anastomose N 600 + 235115 - 235126 Revascularisation d'une artère des membres par pontage ou résection avec greffe de la saphène interne, y compris la prise du greffon N600/2.

**REGLE INTERPRETATIVE 3 (en vigueur depuis le 13.3.2002)**

## QUESTION

Après une intervention chirurgicale pour fracture bimalléolaire (n° 290651 - 290662 N 250), le chirurgien porte en compte les prestations nos 280055 - 280066 N 100 + 280055 - 280066 N100/2 pour l'enlèvement du matériel de synthèse par voies d'accès profondes.

Peut-on admettre qu'en l'occurrence il y a 2 champs opératoires ou faut-il considérer l'intervention comme ayant été effectuée dans un seul champ opératoire, compte tenu du fait que, bien qu'il y ait deux voies d'accès, la réduction chirurgicale de la fracture bimalléolaire n'est tarifée que comme une seule intervention ?

## REPOSE

L'enlèvement du matériel de synthèse placé lors de la réduction d'une fracture bimalléolaire est remboursable une seule fois sous le n° 280055 - 280066 Enlèvement de matériel de synthèse profond : vis, fils ou agrafes (quel qu'en soit le nombre) N 100 bien qu'il y ait deux incisions.

**REGLE INTERPRETATIVE 4 (en vigueur depuis le 24.6.2003)**

## QUESTION

Au cours d'une séance opératoire, le médecin spécialiste en neurochirurgie effectue la prestation n° 230473 - 230484 Intervention chirurgicale par volet de trépanation pour un processus expansif supratentorial intra-crânien K 700.

Pendant la même anesthésie, un second médecin, spécialiste en chirurgie des vaisseaux, effectue pour une autre lésion, une intervention chirurgicale consistant à prélever un greffon veineux de la jambe droite et à l'implanter dans le système artériel traumatisé du bras droit.

Cette deuxième intervention tombe-t-elle sous l'application des dispositions de l'article 15, § 4, de la nomenclature ?

## REPOSE

Une seconde intervention effectuée par un second chirurgien n'exclut pas l'application des dispositions de l'article 15, § 4, relatives aux champs opératoires.

En conséquence, les honoraires afférents à l'intervention principale sont remboursés à 100 % et les honoraires afférents à la ou aux autres interventions à 50 % des valeurs indiquées.

La prise d'un greffon (veineux, osseux, etc.) ne fait pas l'objet d'un remboursement supplémentaire à celui qui est accordé pour l'implantation.

En l'occurrence, l'assurance peut rembourser les n°s 230473 - 230484 K 700 + 235115 - 235126 Revascularisation d'une artère des membres par pontage ou résection avec greffe de la saphène interne, y compris la prise du greffon N600/2.

**REGLE INTERPRETATIVE 5 (en vigueur depuis le 24.6.2003)**

## QUESTION

Quelle est la définition de « champ opératoire » dans les interventions sur la face pour l'exérèse ou l'électrocoagulation de lésions ou tumeurs cutanées multiples pratiquées par un dermatologue ?

## REPONSE

Les interventions chirurgicales reprises en dermatologie tombent sous l'application des dispositions de l'article 15, § 4 de la nomenclature.

Par « face », il faut entendre les parties de la tête normalement non couvertes de cheveux, en ce compris le front, les oreilles, le nez, à l'exclusion du cou.

**REGLE INTERPRETATIVE 6 (en vigueur depuis le 24.6.2003)**

## QUESTION

Les dispositions de l'article 15, §§ 3 et 4, relatives à la tarification de prestations multiples effectuées pendant une même séance soit dans un même champ, soit dans des champs nettement distincts, sont-elles applicables pour les prestations de diagnostic ?

## REPONSE

Les dispositions précitées ne sont pas d'application pour les prestations de diagnostic qui n'impliquent pas une intervention sanglante.

Entre autres, ne doivent pas être considérées comme des interventions sanglantes :

- la laparoscopie, la pleuroscopie diagnostiques;
- biopsie par cystoscopie, bronchoscopie;
- ponction du foie, de la rate et toute biopsie par ponction.

**REGLE INTERPRETATIVE 7 (en vigueur depuis le 24.6.2003)**

## QUESTION

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 15, § 4, second alinéa, de la nomenclature, le terme laparotomie doit-il être compris dans un sens large ou bien uniquement lorsque la prestation est portée en compte comme telle ?

## REPONSE

Le terme laparotomie qui figure à l'article 15, § 4, second alinéa, doit être compris dans un sens large : ouverture du péritoine, quel qu'en soit le but.

**REGLE INTERPRETATIVE 8 (en vigueur depuis le 24.6.2003)**

QUESTION

Dans le cas où l'on effectue l'apectomie de deux dents voisines, la notion de champ opératoire entre-t-elle en ligne de compte ?

REPONSE

L'apectomie figurant parmi les interventions chirurgicales du chapitre V est régie par le prescrit de l'article 15, notamment les dispositions relatives aux champs opératoires. Aucune dérogation n'est prévue en la matière.

Dans le cas où l'on effectue deux apectomies distinctes, il s'agit de deux champs opératoires dont le premier doit être remboursé à 100 % et le deuxième à 50 %.

**REGLE INTERPRETATIVE 9 (en vigueur depuis le 13.3.2002)**

QUESTION

Opération de la main palmée : séparation de tous les doigts unis les uns aux autres.

REPONSE

D'après le libellé même des prestations n°s 287895 - 287906 et 287910 - 287921, la seconde commissure rétablie, ainsi que chacune des suivantes, doivent être tarifées N 100 lorsqu'elles sont faites au cours de la même séance opératoire, la première étant tarifée N 200.

Il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions de l'article 15, § 4, relatives aux champs opératoires.

Le même raisonnement s'applique aux prestations n°s 287954 - 287965 et 287976 - 287980, 287991 - 288002 et 288013 - 288024.

**REGLE INTERPRETATIVE 10 (en vigueur depuis le 13.3.2002)**

QUESTION

Combinaison d'une hystérectomie abdominale et d'une intervention de Marshall-Marchetti-Krantz pour incontinence urinaire.

REPONSE

L'hystérectomie abdominale et l'intervention de Marshall-Marchetti-Krantz effectuées au cours de la même séance opératoire tombent sous l'application des dispositions de l'article 15, § 3, de la nomenclature des prestations de santé. Par conséquent, seule l'intervention principale peut être remboursée, soit le n° 431270 - 431281 Hystérectomie totale par voie abdominale K 225.

**REGLE INTERPRETATIVE 11 (en vigueur depuis le 13.3.2002)**

QUESTION

Néphrectomie, y compris l'urétérectomie, par voies abdominale et lombaire au cours de la même séance opératoire.

## REPONSE

En plus de la prestation n° 261634 - 261645 Néphrectomie totale K 225, la prestation n° 261376 - 261380 Intervention pour enlèvement d'un uretère restant K180/2 peut être attestée pour l'urétérectomie par voie abdominale.

**REGLE INTERPRETATIVE 12 (en vigueur depuis le 13.3.2002)**

## QUESTION

Traitement orthopédique de différentes fractures dont la contention est réalisée par un appareil plâtré unique.

## REPONSE

Si chaque fracture nécessite une réduction, la réduction principale est honorée à 100 % et la ou les réductions suivantes à 50 % des valeurs indiquées pour ces prestations.

Si les fractures ne nécessitent pas de réduction ou si seulement une de ces fractures nécessite une réduction, seule l'intervention de valeur relative la plus élevée peut être attestée.

**REGLE INTERPRETATIVE 13 (en vigueur depuis le 13.3.2002)**

## QUESTION

Méniscectomie et suture d'une déchirure du ligament croisé par une incision latérale transcondyloire.

## REPONSE

Il s'agit d'une arthrotomie du genou dans laquelle on rencontre plusieurs interventions. En application des dispositions de l'article 15, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, seule la prestation affectée de la valeur relative la plus élevée peut être attestée, en l'occurrence le n° 290076 - 290080 Exérèse du ménisque interne ou externe du genou N 250.

**REGLE INTERPRETATIVE 14 (en vigueur depuis le 13.3.2002)**

## QUESTION

Enlèvement d'agrafes épiphysaires (deux à la face interne du genou, deux à la face externe). La prestation chirurgicale est tarifée sous le n° 280055 - 280066 Enlèvement de matériel de synthèse profond : vis, fils ou agrafes (quel qu'en soit le nombre) N 100.

Doit-on tenir compte qu'il y a plusieurs localisations du matériel de synthèse ?

## REPONSE

Les honoraires chirurgicaux pour une intervention qui, dans la nomenclature groupe sous une seule rubrique divers temps nécessaires à sa réalisation, sont remboursables une seule fois.

C'est notamment le cas pour le placement ou l'enlèvement du matériel de synthèse où l'on tient compte de l'ensemble du matériel et non du nombre de localisations.

Dès lors, dans le cas soumis, la prestation n° 280055 - 280066 N 100 est remboursable une seule fois.

**REGLE INTERPRETATIVE 15 (en vigueur depuis le 24.6.2003)**

**QUESTION**

Comment peut-on attester une endoscopie réalisée par deux voies d'accès, par exemple, une médiastinoscopie par voie cervicale basse associée à une voie parasternale?

**REPONSE**

Lorsqu'une exploration endoscopique d'une cavité est réalisée par deux endoscopes introduits par des voies d'accès différentes, ces deux voies d'accès constituent des modalités du même examen qui ne peut être attesté qu'une fois.