

Article 29 (Orthopédistes)

REGLE INTERPRETATIVE 1 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Une sangle de Glisson (système de traction) est-elle cumulable avec un collier ?

REPONSE

Dans le cas présent, le cumul peut être autorisé; il s'agit en effet de deux articles préfab du même groupe et donc de la même topographie mais ayant des fonctions différentes.

REGLE INTERPRETATIVE 2 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Le collier cervical de « Push » est-il considéré comme un collier en mousse ou comme un collier de type Schanz ?

REPONSE

Le collier cervical de « Push » doit, par assimilation, être tarifé sous la prestation n° 645175 Collier souple... T 26,15.

REGLE INTERPRETATIVE 3 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Comment faut-il tarifer un corset de type « OVALE » ?

REPONSE

Le corset de type « OVALE » doit être tarifé sous le numéro de prestation 645654 O.L.S. d'appui, de correction passive (type BOB)... T 325,77.

Le corset peut être cumulé avec la prestation 646590 Pelote pneumatique pour corset... T 77,75.

REGLE INTERPRETATIVE 4 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

La pelote pneumatique gonflable peut-elle être combinée avec un appareil sur mesure ?

REPONSE

La prestation n° 646590 Pelote pneumatique pour corset... T 77,75 ne peut pas être cumulée avec une prestation « sur mesure », sauf avec l'accord préalable du médecin-conseil, comme le prévoit l'article 29, § 4, de la nomenclature, pour le cumul des appareils préfabriqués et des appareils sur mesure.

REGLE INTERPRETATIVE 5 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

a) Comment doit-on tarifer un appareil de genou Lennox Hill ou Donjoy sur mesure ?

b) Comment doit-on tarifer un CTI, Lennox Hill, Performer, GEN II sur moulage qui n'est pas confectionné dans son propre atelier ?

REPONSE

a) Les appareils de genou Lennox Hill et Donjoy sont des articles préfabriqués; ils doivent donc être tarifés comme tels sous les numéros réservés aux articles préfab.

Lesdits appareils ne peuvent jamais être tarifés comme des articles manufacturés.

b) Les appareils CTI, Lennox Hill, Performer, GEN II et les produits analogues sur moulage doivent être fournis et tarifés comme des articles préfab.

REGLE INTERPRETATIVE 6 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Accessoires et suppléments pour orthèses de paraplégique pour un membre ou les deux ?

REPONSE

Les accessoires se rapportant à un membre sont tarifés une fois par membre.

REGLE INTERPRETATIVE 7 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Sous quel numéro de code tarifie-t-on un Sarmiento brace pour la jambe ?

REPONSE

Le Sarmiento brace est un appareil préfabriqué et doit être tarifé sous le numéro de prestation 647334 Fracture bracing... T 458,34.

REGLE INTERPRETATIVE 8 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Après une opération du genou, un appareil de genou est placé et attesté sous le numéro de code 647614 Appareil de genou avec segment-cuisse et mollet, à charnière réglable (BIII 1)... T 230,07.

Chez certains patients, quelques mois après la délivrance de l'appareil, le médecin prescrit un appareil définitif attestable sous le numéro de code 647592 Appareil de genou robuste avec structure fixe prenant toute la circonférence de la cuisse et du mollet, à charnières, réglable ou non (BIII 1)... T 575,17.

REPONSE

Les prestations nos

647592

Appareil de genou robuste, avec structure fixe prenant toute la circonférence de la cuisse et du mollet, à charnières, réglable ou non (BIII 1) T 575,17

et

647614

Appareil de genou avec segment-cuisse et mollet, à charnière réglable (BIII 1) T 230,07

ne peuvent pas être cumulées dans les délais fixés à l'article 29, § 4, de la nomenclature des prestations de santé. Il s'agit en l'occurrence d'appareils remplissant une fonction thérapeutique analogue et repris dans le même groupe principal et la même topographie.

Dans le cas d'une pathologie évolutive, si un deuxième appareil est prescrit pendant la durée du délai de renouvellement, seul un des deux appareils est remboursable.

REGLE INTERPRETATIVE 9 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Lors de la confection d'un IMF en cas de suture d'un tendon extenseur ou fléchisseur du doigt, le poignet doit être tenu en flexion ou en extension.

Que peut-on attester comme segment-poignet ?

REPONSE

En cas de suture d'un tendon extenseur ou fléchisseur du doigt, un IMF pour tenir le doigt en flexion ou en extension doit être tarifé sous le numéro de prestation 649390 Segment-main et doigt : ce segment n'est pris en considération que si l'appareillage de la main et des doigts est conçu d'une pièce, c'est-à-dire si

les doigts sont pris ensemble et non séparément. Ce poste peut être une partie d'un appareil avec d'autres segments plus proximaux... T 36,37.

Le remboursement du segment-poignet n'est pas prévu dans la catégorie IMF.

Le segment-poignet et avant-bras est prévu sous le numéro 649633 Segment du poignet et de l'avant-bras... T 45,23 pour autant qu'il remonte jusqu'aux deux tiers proximaux de l'avant-bras (C VII 1). Cette prestation peut être ajoutée au segment main et doigt.

REGLE INTERPRETATIVE 10 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

La nomenclature mentionne-t-elle encore un appareil anti-hallux valgus ?

REPONSE

L'appareil redresseur pour hallux valgus est prévu au numéro de code 650510 (préfab).

REGLE INTERPRETATIVE 11 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

N'existe-t-il plus d'appareils de nuit ?

REPONSE

Les appareils de nuit sont repris sous la rubrique D. Orthèses spécifiques.

REGLE INTERPRETATIVE 12 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

La prestation n° 650495 Chausson articulé à traction-ressort ou à tension réglable (maximum 3 par pied, par an)... T 117,67 est-elle remboursée par année et, dans l'affirmative, que faut-il tarifier pour un chausson ?

REPONSE

La prestation n° 650495 peut être remboursée au maximum trois fois par pied et par an.

REGLE INTERPRETATIVE 13 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION :

Lors de la fourniture d'une nouvelle prothèse de la cuisse de type tubulaire (651770), la garniture de mousse (652256) est-elle incluse ou doit-elle être ajoutée ?

REPONSE :

l'attestation d'une nouvelle prothèse de la cuisse couvre la garniture de mousse. par conséquent, dans ce cas-ci, la prestation 652256 Garniture de mousse pour prothèse tubulaire, par année ... T 118,12 ne peut être tarifée en supplément.

La prestation 652256 ne peut être tarifée qu'une année après la livraison de la prothèse même.

Lors de la fourniture de la prothèse provisoire (numéros de la nomenclature 651195 à 651313 inclus), la garniture de mousse (numéro de la nomenclature 652256) peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 14 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Bas pour brûlures :

- comment les tarifier et les demander ?
- de quels numéros de la nomenclature relèvent-ils ?

REPONSE

Les conditions de remboursement des vêtements compressifs et des masques pour grands brûlés figurent à l'article 29, § 18, a), de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 15 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Aux termes de la nomenclature, article 29, § 4, B, 2°, les articles préfabriqués ne sont pas cumulables avec les articles manufacturés, sauf...

Cette règle vaut-elle aussi pour les orthèses du membre inférieur qui doivent être munies de chaussures orthopédiques ?

REPONSE

Les règles figurant à l'article 29, § 4, de la nomenclature ne sont pas d'application pour les chaussures orthopédiques, pour lesquelles des règles spécifiques ont été établies.

Les prestations n° 653612 Chaussures orthopédiques. Une paire de chaussures de marche pour enfants jusqu'à 4 ans inclus (maximum 3 paires, par an)... T 82 et n°653634 Chaussures orthopédiques. Une paire de chaussures de marche pour enfants à partir de 5 ans (maximum 2 paires, par an)... T 82 peuvent être combinées avec des appareils orthopédiques sur mesure du membre inférieur.

La prestation 650495 Chausson articulé à traction-ressort ou à tension réglable (maximum 3 par pied par an)... T 117,67 ne peut être combinée qu'avec les appareils repris sous D. Orthèses Spécifiques, Groupe principal III.

REGLE INTERPRETATIVE 16 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Qu'est-ce qu'un secteur, comme mentionné dans les prestations de l'article 29 de la nomenclature ?.

REPONSE

On entend par secteur un système permettant de régler progressivement les mouvements des articulations.

REGLE INTERPRETATIVE 17 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

En cas de pied valgus + torsio tibiae, une orthèse spécifique est appliquée comme appareil de nuit. Pendant la journée, des formes droites sont portées (chaussures thérapeutiques). De quelle façon faut-il tarifier cette combinaison, étant donné qu'il s'agit d'une même affection ?

REPONSE

Le cumul est autorisé. Les chaussures orthopédiques ne sont pas visées par les règles de cumul reprises à l'article 29, § 4, de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 18 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Un appareil définitif peut-il être appliqué et tarifié après la pose d'un IMF ?

REPONSE

L'immédiate fitting (IMF) peut être tarifié pour autant qu'il soit indiqué de placer directement sur le patient, un appareillage à usage temporaire.

Si le patient est ensuite appareillé d'une orthèse définitive, celle-ci peut être tarifiée en tant que telle, vu que la nomenclature des prestations de santé ne fixe aucun délai de renouvellement pour les appareils IMF et qu'elle ne prévoit aucune interdiction de cumul entre les appareils IMF et les appareils sur mesure.

REGLE INTERPRETATIVE 19 (supprimée, modification prenant effet le 6.8.2000)

[...]

REGLE INTERPRETATIVE 20 (en vigueur depuis le 6.8.2000)

QUESTION

Si un médecin-spécialiste prescrit une prestation sur mesure, le dispensateur doit-il effectuer ce travail sur mesure ou doit-il envisager la fourniture de matériel préfab ?

REPONSE

Le médecin traitant et prescripteur décide de l'indication médicale et de la thérapie à adopter en concertation avec le dispensateur de soins qui a l'obligation de procéder à l'exécution la mieux adaptée.

La prescription d'un article sur mesure n'exempte pas le dispensateur de soins de joindre une motivation circonstanciée à l'attestation de fournitures et l'intervention de l'assurance n'est soumise à l'accord du médecin-conseil avant le remboursement que lorsqu'il y a le choix entre le préfab et le « sur mesure ».

REGLE INTERPRETATIVE 21 (en vigueur depuis le 1er février 1993)

QUESTION

Si un appareil de marche est équipé de deux tiges par jambe, les prestations « 647813 Supplément pour articulation de la cheville », « 647835 Supplément pour articulation du genou » et « 647850 Supplément pour verrou » peuvent-elles être portées en compte deux fois ?

REPONSE

Les prestations « 647813 Supplément pour articulation de la cheville », « 647835 Supplément pour articulation du genou » et « 647850 Supplément pour verrou » ne peuvent être portées en compte qu'une fois par articulation pour chaque membre, même lorsque l'appareil de marche est constitué de deux tiges par jambe.

REGLE INTERPRETATIVE 22 (en vigueur depuis le 1er septembre 2004)

QUESTION

Dans la nomenclature des prothèses de membres inférieurs, qu'entend-on par « amputation partielle du pied » et « amputation totale du pied » ?

REPONSE

Dans le cadre de la nomenclature des prothèses de membres inférieurs, une amputation du pied nécessitant l'appareillage avec une prothèse est considérée comme :

- « partielle » lorsque l'hallux ou les quatre derniers orteils ou une partie des éléments osseux du métatarse et/ou du tarse sont enlevés.
- « totale » lorsque la totalité des structures osseuses des orteils, du métatarse et du tarse sont enlevées, ne conservant que le tibia et le péroné.

REGLE INTERPRETATIVE 23 (en vigueur depuis le 10.04.2007)

QUESTION

L'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour une prestation en IMF peut-elle être renouvelée ?

REPONSE

L'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour une prestation en IMF ne peut être octroyée qu'une seule fois par situation pathologique. Suivant les nécessités du traitement et sur base d'une motivation circonstanciée du médecin prescripteur, la prestation en IMF peut être remplacée par un appareillage sur mesure ou préfabriqué remplissant une fonction thérapeutique analogue et inclus dans le même groupe principal et la même topographie. Par nouvelle situation pathologique, il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

REGLE INTERPRETATIVE 24 (en vigueur depuis le 01.09.2008)

QUESTION

Qu'entend-on par orthèse de décharge ?

REPONSE

Par orthèse de décharge il faut comprendre : une orthèse de membre supérieur ou inférieur qui retient hors de la fracture les forces internes qui s'exercent sur une fracture et qui est utilisée pendant une grande partie de la journée afin de rendre possible l'activité ou la mise en charge précoces. Par forces internes on entend e.a. les forces causées par le poids du tronc lors de l'appui sur le membre inférieur, forces entraînées par l'activité musculaire.

Le terme orthèse de décharge ne s'applique pas à l'orthèse visant uniquement à protéger la fracture des forces extérieures s'exerçant sur celle-ci.

REGLE INTERPRETATIVE 25 (en vigueur du 01.11.2008 au 29.02.2012) (abrogée)

QUESTION

Qu'entend-on par "La durée du traitement et le renouvellement des vêtements compressifs (...) sont limités à (...) une année après une intervention chirurgicale corrective" ?

Cette intervention doit-elle avoir lieu pendant la phase de cicatrisation active (= jusqu'à 2 ans après la date de l'accident) ou peut-elle également avoir lieu hors de cette période ?

REPONSE

La limitation à "une année après une intervention chirurgicale corrective" doit être interprétée comme une limitation à un an après une intervention chirurgicale corrective fonctionnelle directement en rapport avec la brûlure d'origine, indépendamment de la date de l'accident, et suite à laquelle le port de vêtements compressifs après l'intervention est encore nécessaire étant donné la spécificité de la lésion.

REGLE INTERPRETATIVE 26 (en vigueur depuis le 01.01.2007)

QUESTION

Comment doivent être tarifées les prestations 651092 (supplément par articulation) et 651114 (supplément par verrou) ?

REPONSE

Les prestations 651092 (supplément par articulation) et 651114 (supplément par verrou) ne peuvent chacune être tarifées qu'une seule fois par articulation anatomique.

REGLE INTERPRETATIVE 27 (en vigueur depuis le 12.01.2010)

QUESTION

L'orthèse utilisée avec un dispositif CCM (Computer controlled motion) peut-elle être remboursée ? Si oui, doit-elle être facturée en tant qu'orthèse préfab ou en tant qu'orthèse sur mesure ?

REPONSE

L'orthèse utilisée avec un dispositif CCM ne peut pas être remboursée, car ce n'est ni une orthèse préfab, ni une orthèse sur mesure.

L'orthèse ne peut pas être remboursée en tant que dispositif préfab car l'orthèse utilisée avec le dispositif CCM et ce dispositif CCM constituent un tout. L'orthèse n'est pas fonctionnelle sans le dispositif CCM.

L'orthèse utilisée avec le dispositif CCM ne peut pas non plus être remboursée comme orthèse sur mesure.

L'article 29, § 4, A, 3°, stipule en effet que les articles manufacturés ne peuvent être remboursés que pour les lésions ou affections pour lesquelles est prévue une durée d'utilisation au moins égale au délai de renouvellement.

L'orthèse utilisée avec le dispositif CCM n'est pas destinée au traitement des lésions ou affections pour lesquelles est prévue une durée d'utilisation au moins égale au délai de renouvellement.

La seule exception à ces dispositions sont les orthèses de décharge. Une orthèse de décharge est destinée à décharger un membre. Un dispositif CCM, par contre, a pour objectif de mobiliser un membre. L'orthèse utilisée avec le dispositif CCM ne peut donc pas être considérée comme une orthèse de décharge.