

"A.R. 22.1.1991"

"Chapitre VIII. Prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale.

Art. 34. § 1^{er}.

Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification du médecin visé au § 2 :

a) Traitements percutanés transluminaux vasculaires :

"A.R. 10.7.1996" + "A.R. 29.4.1999" + "A.R. 30.05.2001 + A.R. 30.10.2018 – E.V. 01.01.2019"

"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 ~~1350~~ | 1215"

"A.R. 22.1.1991 + A.R. 29.4.1999 + A.R. 30.05.2001 + A.R. 30.10.2018 – E.V. 01.01.2019"

"589035 589046 Honoraires supplémentaires lors de la prestation 589013 - 589024 pour le traitement de minimum deux vaisseaux coronaires à l'occasion d'une seule et même procédure, à savoir :

- l'artère coronaire droite (segments d'artère coronaire n^{os} 1 à 4 inclus)
- et/ou le tronc principal (segment d'artère coronaire n^o 5)
- et/ou l'artère coronaire gauche (segments d'artère coronaire n^{os} 6 à 10 inclus) ~~675~~ | 608"
- et/ou l'artère circonflexe (segments d'artère coronaire n^{os} 11 à 15 inclus)
- et/ou greffe de la veine saphène ou greffe artérielle (mammaire).

A.R. 27.03.2003 + A.R. 26.10.2011 – E.V. 01.01.2012" + A.R. 19.01.2023 – E.V.

01.04.2023

→ Les prestations 589013-589024 et 589035-589046 ne sont pas cumulables au cours d'une même séance avec la prestation 453574-453585 ou avec la prestation 453596-453600 ou avec la prestation 464170-464181 ou avec la prestation 464192-464203. »

A.R. 27.03.2003 - en vigueur : 01.04.2003" Supprimé par A.R. 19.01.2023 – E.V.

01.04.2023

→ Les prestations cumulables avec la coronarographie sont cumulables avec les prestations 589013 - 589024 et 589035 - 589046 pour autant qu'une coronarographie soit attestée.

A.R. 19.01.2023 – E.V. 01.04.2023

→ Si une coronarographie a été portée en compte endéans les 15 30 jours qui précèdent les prestations 589013 - 589024 et 589035 - 589046, la coronarographie une nouvelle coronarographie effectuée au cours de la même séance que les prestations 589013 - 589024 et 589035 - 589046 ne peut être portée en compte. »

A.R. 19.01.2023 – E.V. 01.04.2023

« 590251 590262 Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque suivie immédiatement d'une intervention coronarienne percutanée..... | 557

→ Toutes les manipulations indispensables ainsi qu'une éventuelle angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, le cathétérisme cardiaque gauche éventuel et le calcul éventuel de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation.

590273	590284	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage suivie immédiatement d'une intervention coronarienne percutanée.....	I 622
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Toutes les manipulations indispensables ainsi qu'une éventuelle angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, le cathétérisme cardiaque gauche éventuel et le calcul éventuel de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation. ➔ Les prestations 590251-590262 et 590273-590284 sont remboursables uniquement si elles ont été demandées et effectuées selon les "guidelines" de la "European Society of Cardiology". ➔ En cas de cardiopathie ischémique chronique, les prestations 590251-590262 et 590273-590284 peuvent uniquement être portées en compte après avoir effectué au moins un test préalable d'ischémie fonctionnelle du myocarde (test d'effort, échostress, scintigraphie de stress du myocarde) qui démontre l'ischémie. ➔ S'il est dérogé à ces conditions, la motivation détaillée est conservée dans le dossier médical. » 	
		<i>"A.R. 26.10.2011 + ABROGE par A.R. 30.10.2018 – E.V. 01.01.2019"</i>	
589735	589746	Supplément d'honoraires pour l'exécution d'une mesure d'une Fraction Flow Reserve au cours de la prestation 589013-589024	— — 27
		➔ La prestation 589735-589746 ne fait pas partie des contrôles normaux visés sous la prestation 589013-589024 et ne peut être remboursée que si elle est effectuée en vue d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs stents chez un patient atteint de "multivessel disease".-➔	
		<i>"A.R. 22.1.1991" + "A.R. 29.4.1999 + A.R. 01.04.2016 – E.V. 01.06.2016"</i>	
"	589050	589061 Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les artères autres que les artères coronaires.....	I 750
		<i>« A.R. 30.10.2018 – E.V. 01.01.2019 »</i>	
«	589934	589945 Mesure de la Fraction Flow Reserve en cas de sténose intermédiaire de l'artère coronaire concernant un vaisseau.....	I 197
	589956	589960 Ensemble des mesures de la Fraction Flow Reserve en cas de sténose intermédiaire de l'artère coronaire concernant de multiples vaisseaux	I 197
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les prestations 589934-589945 et 589956-589960 ne sont pas cumulables entre elles. ➤ Les nombres, les localisations, les résultats obtenus des mesures FFR et les décisions thérapeutiques basées sur ces mesures sont conservés et peuvent être réclamés à tout moment par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. » 	
		<i>"A.R. 22.1.1991" + "A.R. 29.4.1999"</i>	
	589072	589083 Honoraires supplémentaires lors de la prestation n° 589050 - 589061, pour la dilatation d'une ou plusieurs sténose(s) complémentaire(s) d'un autre axe artériel, pour les artères autres que les coronaires, maximum par séance opératoire	I 400
	589094	589105 Dilatation endovasculaire percutanée sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits	

pharmaceutiques et de contraste. Pour les artères autres que les coronaires au cours d'une intervention chirurgicale, maximum par séance opératoire | 450 "

"A.R. 22.1.1991" + "A.R. 25.7.1994"

- "La prestation n° 589094 - 589105 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 459071 - 459082 et 459115 - 459126, 469070 - 469081 et 469114 - 469125 lors de la même séance opératoire."

"A.R. 22.1.1991" + "A.R. 29.4.1999 + A.R. 01.04.2016 – E.V. 01.06.2016"

"589116 589120 Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse d'un ou de plusieurs organes et de lésions pathologiques par des moyens physiques et chimiques, dans la région encéphalique ou médullaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation | 1850"

"A.R. 12.06.2008 – E.V. 01.08.2008"

- « La prestation 589116 – 589120 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie. »

"A.R. 12.8.1994" + "A.R. 29.4.1999"

"589131 589142 Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région faciale, thoracique, abdominale ou pelvienne, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation | 600 "

"A.R. 12.06.2008 – E.V. 01.08.2008"

➤ « La prestation 589131 – 589142 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie. »

"A.R. 9.10.1998" + "A.R. 29.4.1999"

"589411 589422 Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région des membres, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du cathéter d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste et du matériel d'embolisation | 600 "

"A.R. 17.12.2009 – E.V. 01.03.2010"

➤ « La prestation 589411-589422 ne peut pas être portée en compte pour le traitement des varices veineuses des membres inférieurs. »

"A.R. 27.03.2003 + A.R. 27.03.2003 + A.R. 22.04.2003 - en vigueur : 01.04.2003"

"589470 589481 Test d'occlusion percutanée avec protocole neurologique, sous contrôle d'imagerie médicale, de la vascularisation artérielle ou veineuse d'un ou de plusieurs organes et de lésions pathologiques, par des moyens physiques ou chimiques, dans la région encéphalique, y compris les manipulations et contrôles pendant le test et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé(s), des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation | 1000

➤ La prestation 589470 - 589481 ne peut être portée en compte que si le protocole neurologique fait apparaître l'impossibilité de réaliser une embolisation thérapeutique. »

"A.R. 12.8.1994" + "A.R. 29.4.1999"

"589352 589363 Réalisation d'un shunt porto-systémique par voie transjugulaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement, à l'exclusion du matériel de dilatation et du ou des stent(s) | 850 "

"A.R. 22.1.1991"

"589153 589164 Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant la dissolution d'un ou de plusieurs caillots, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux coronaires..... | 450 "

<i>"A.R. 22.1.1991" + "A.R. 29.4.1999"</i>			
"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	400 "
<i>"A.R. 9.10.1998" + "A.R. 29.4.1999 + A.R. 01.04.2016 – E.V. 01.06.2016"</i>			
"589433	589444	Extraction percutanée d'une électrode chez un patient ayant un stimulateur cardiaque implanté ou un défibrillateur cardiaque implanté à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste et du matériel disponible	300 "
<i>"A.R. 01.04.2016 – E.V. 01.06.2016"</i>			
"589816	589820	Extraction percutanée d'un corps étranger libre intravasculaire ou intracardiaque, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste, de l'extraction du cathéter et du matériel disponible	800 "
<i>"A.R. 22.1.1991" + "A.R. 29.4.1999"</i>			
"589190	589201	Plastie endovasculaire percutanée de la valve aortique, d'une malformation congénitale de l'aorte, de la valve pulmonaire, de la valve mitrale, de la valve tricuspide ou fulguration d'une valve, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste, maximum par séance opératoire	2250 "
<i>« A.R. 05.12.2021 – E.V. 01.02.2022</i>			
590236	590240	Implantation d'une valve aortique par transcathétérisme (TAVI) pour le traitement complet, y compris toutes les prestations médicales, tous les contrôles, tous les cathéters utilisés et toutes les prestations d'imagerie médicale effectuées le jour de l'implantation, à l'exclusion des cathéters de dilatation, des produits pharmaceutiques et de contraste et l'imagerie médicale de l'article 17 et de l'article 17bis.....	2400
		➔ La prestation 590236-590240 peut être attestée uniquement après un avis positif de la concertation multidisciplinaire dans le cadre d'une plastie d'une valve cardiaque (Heart-team), qui tient compte des guidelines de l'European Society of Cardiology (ESC) avec attention particulière pour la sélection des patients présentés.	
<i>A.R. 30.05.2023 – E.V. 01.08.2023</i>			
590295	590306	Fermeture percutanée de l'auricule gauche, 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	2250
		➔ La prestation 590295-590306 peut être cumulée avec la prestation 469674-469685, à condition qu'elle soit effectuée par un autre médecin spécialiste.	
<i>"A.R. 29.4.1999"</i>			
"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 I 2250

"30.08.2013 – E.V. 01.11.2013"

- « Les honoraires pour dilatations endovasculaires supplémentaires, avec ou sans placement de stent(s), y compris les manipulations et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, du ou des stent(s) éventuel(s), des produits pharmaceutiques et de contraste, sont compris dans les honoraires de la prestation 589190-589201 ou 589455-589466. »

"A.R. 29.4.1999"

- La prestation 589190 - 589201 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par séance opératoire.
- Les prestations 589190 - 589201 et 589455 - 589466, réalisées lors d'une même séance opératoire ne sont cumulables qu'une seule fois et la prestation supplémentaire est honorée à 50 % de sa valeur.
- Si lors d'une même séance opératoire, la prestation 589190 - 589201 n'est pas portée en compte, la prestation 589455 - 589466 peut être portée en compte au maximum 2 fois et la prestation supplémentaire est honorée à 50 % de sa valeur."

A.R. 19.01.2023 – E.V. 01.04.2023

- La prestation 589455-589466 n'est pas cumulable avec les prestations pour une coronarographie digitale.

"A.R. 22.1.1991" + "A.R. 29.4.1999"

"589212 589223 Mise en place endovasculaire percutanée d'un filtre dans la veine cave, y compris la cavographie de contrôle I 300

- Les prestations n°s 589013 - 589024 et 589035 - 589046 ne sont pas cumulables avec la prestation n° 589153 - 589164.
- Les prestations n°s 589050 - 589061, 589094 - 589105, 589116 - 589120, 589131 - 589142, 589175 - 589186 et 589411 - 589422 ne sont pas cumulables entre elles."

589256 589260 Supprimée par les A.R. du 29.4.1999 et du 6.11.1999

589271 589282 Supprimée par les A.R. du 29.4.1999 et du 6.11.1999

"A.R. 7.6.1995" + "A.R. 29.4.1999"

"589374 589385 Plastie endovasculaire percutanée de la veine pour sténose veineuse à la suite d'un traitement chronique par hémodialyse ou pour compression de la veine cave supérieure ou inférieure de la veine sous-clavière ou de la veine iliaque par processus expansif, y compris les manipulations et les contrôles au cours du traitement et/ou le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, des produits pharmaceutiques et de contraste et du ou des stent(s) éventuel(s) I 600 "

589396 589400 Supprimée par l'A.R. du 29.4.1999"

"A.R. 22.1.1991" + "A.R. 29.4.1999" + A.R. 18.03.2009 (M.B. 30.07.2009) E.V. 01.09.2009

- « Les prestations visées en ce point a) ne sont pas cumulables avec les angiographies de diagnostic ou les examens sans produit de contraste, au cours de la même vacation à l'exclusion des angiocardiographies effectuées."

« A.R. 18.03.2009 (M.B. 30.07.2009) E.V. 01.09.2009 »

« Prestations pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte et/ou iliaque :

« A.R. 18.03.2009 + A.R. 01.04.2016 + A.R. 19.12.2017- E.V. 01.02.2018 » + A.R. 12.05.2021 – E.V. 01.07.2021

589595 589606 Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme aortique ~~abdominal~~ abdominal, ou pour le traitement d'un anévrisme de l'artère iliaque de plus de 3 cm abdominal, ou pour le traitement d'un anévrisme de l'artère iliaque de plus de 3,5 cm, sans collet iliaque proximal, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste | 1850

« A.R. 18.03.2009 + A.R. 01.04.2016 » + A.R. 12.05.2021 – E.V. 01.07.2021

589610 589621 Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme iliaque isolé de plus de 3,5 cm, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste..... | 750

- Les prestations 589595 - 589606 et 589610 - 589621 ne peuvent pas être cumulées.

589632 589643 Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme thoracique de l'aorte descendante, d'un anévrisme de l'aorte ascendante, d'un anévrisme de l'arc aortique ou de dissections aiguës de l'aorte, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste | 1850

« A.R. 18.03.2009 (M.B. 30.07.2009) E.V. 01.09.2009 »

589654 589665 Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un endoleak, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste | 1200

"30.08.2013 – E.V. 01.11.2013"

- « Les honoraires pour dilatations endovasculaires supplémentaires, avec ou sans placement de stent(s), y compris les manipulations et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, du ou des stent(s) éventuel(s), des produits pharmaceutiques et de contraste, sont compris dans les honoraires des prestations 589374-589385, 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643 et 589654-589665. »

« A.R. 18.03.2009 (M.B. 30.07.2009) E.V. 01.09.2009 »

- Un endoleak de type III à hauteur de l'aorte abdominale infrarénale est considéré comme un nouvel anévrisme.
- Les prestations 589595 - 589606, 589610 - 589621, 589632 - 589643, 589654 - 589665

doivent répondre aux conditions suivantes pour pouvoir bénéficier d'une intervention :

« A.R. 18.03.2009 + A.R. 19.12.2017 + A.R. 10.10.2019 - E.V. 01.12.2019 »

1. « Conditions concernant le centre implanteur

Les prestations 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643, 589654-589665 ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

- a) l'établissement hospitalier dispose d'une équipe dotée d'une formation solide et d'une expérience soutenue en matière de procédures endovasculaires et de traitement chirurgical d'un anévrisme aortique, d'un anévrisme iliaque et, le cas échéant, d'un anévrisme thoracique, et qui se profile comme tel à l'égard des médecins de renvoi et des patients;
- b) l'intervention pour les prestations 589632-589643 est en outre limitée aux établissements hospitaliers qui disposent de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme entier de soins « pathologie cardiaque B »;
- c) les établissements hospitaliers doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire composée au minimum de 2 chirurgiens plein-temps (8/10) ayant une formation et expérience particulières en chirurgie vasculaire, ci-après dénommés « chirurgien vasculaire » et 1 radiologue plein-temps (8/10) ayant une formation et expérience particulières en radiologie interventionnelle, ci-après dénommé « radiologue interventionnel »;
- d) bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs établissements hospitaliers, ils ne pourront entrer en ligne de compte que dans un seul établissement hospitalier pour valider l'enregistrement en ligne. Pour ce faire, le Comité de l'assurance soins de santé dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste, mise à jour annuellement, avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier et l'enverra pour information à la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs et au Conseil technique médical ;
- e) afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement des prestations 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643, 589654-589665, l'établissement hospitalier doit, dans le courant de l'année x, avant le 1^{er} novembre, communiquer au Service des Soins de Santé la composition de l'équipe.

Si l'établissement hospitalier satisfait à ces critères, il peut bénéficier d'un remboursement de ces prestations pendant un an, à partir du 1^{er} janvier de l'année x+1 jusqu'au 31 décembre de l'année x+1 y compris.

Les modifications apportées à la composition de l'équipe dans le courant de l'année x+1 sont spontanément communiquées par l'établissement hospitalier au fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé.

Un établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis si, au sein de l'équipe multidisciplinaire, il n'y a plus 2 chirurgiens vasculaires et/ou de radiologue interventionnel. Dès l'instant où ceci est constaté, l'établissement hospitalier perd pendant 3 mois le droit d'attester les prestations précitées.

Durant cette période, l'établissement hospitalier peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne feront plus l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire jusqu'au moment où l'établissement hospitalier satisfait de nouveau à ces critères et en a informé le Service des Soins de Santé.

Le suivi étant inclus dans une prestation effectuée selon les règles de l'art, sa réalisation est une condition dans le cadre de l'expérience soutenue d'un établissement hospitalier.

Lorsque l'intervention est effectuée par un radiologue interventionnel, un chirurgien vasculaire doit être immédiatement disponible pour intervenir en cas de complication.

2. Conditions concernant les modalités de remboursement

A. Procédure de demande

~~L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643 et 589654-589665 ne peut être accordée que si le formulaire d'enregistrement est dûment complété dans les nonante jours après l'implantation et confirmé par le médecin spécialiste implanteur, qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire, via l'application en ligne.~~

~~Les modalités d'enregistrement et de validation de ces données ainsi que la façon dont le transfert vers la "Société belge de chirurgie vasculaire", la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs et le Conseil technique médical doit avoir lieu, sont élaborées par le Service des soins de santé, la Commission précitée et le Conseil technique médical.~~

~~Les résultats de l'imagerie médicale qui ont servi à déterminer l'indication doivent figurer dans le dossier médical du bénéficiaire.~~

B. Evaluation

~~Après l'implantation, il convient d'évaluer le bénéficiaire à sa sortie de l'établissement hospitalier et après trois, douze, vingt quatre et trente six mois. Les documents de suivi sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire et enregistrés dans l'application en ligne précitée selon les modalités prévues.~~

~~Tous les deux ans, la Société belge de chirurgie vasculaire évalue les résultats collectés et les transmet avec un rapport et des explications à la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. La nature du rapport est fixée par la commission précitée.»~~

Les résultats de l'imagerie médicale qui ont servi à déterminer l'indication doivent figurer dans le dossier médical du bénéficiaire en plus des documents de follow-up.

Remplacé par A.R. + A.R. 19.01.2023 – E.V. 01.04.2023

Les prestations visées en ce point a) ne sont pas cumulables avec les angiographies de diagnostic ou les examens sans produit de contraste, au cours de la même vacation à l'exclusion des ~~angiocardiographies effectuées~~ coronarographies attestées sous les numéros d'ordre 590251-590262 et 590273-590284.»

"A.R. 22.1.1991"

"b) Autres traitements percutanés.

589234	589245	Introduction percutanée de cathéters, en vue d'évacuation et drainage d'une collection située dans une région ou dans un organe profond du thorax, de l'abdomen ou du pelvis sous contrôles d'imagerie médicale y compris les manipulations et contrôle pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste, des sondes de drainage à double voie.....	329 "
--------	--------	--	-------

"A.R. 22.1.1991" + "A.R. 18.2.1997 + A.R. 14.07.2010 – E.V. 01.10.2010"

➤ "La prestation n° 589234 - 589245 peut être cumulée avec la prestation n° 458813 – 458824, 459550 - 459561, 459572 - 459583, 459594 - 459605, 459616 - 459620, 459631 – 459642 »

« A.R. 17.08.2007 - en vigueur : 01.11.2007 »

«	589492	589503	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'une tachycardie auriculo-ventriculaire par réentrée nodale, d'une tachycardie auriculo-ventriculaire par réentrée par faisceau accessoire de Kent ou d'une tachycardie auriculaire ectopique droite, par ablation spécifique du circuit ou du foyer d'arythmie.....	1764
---	--------	--------	---	------

589514	589525	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'un flutter auriculaire droit par ablation spécifique du circuit d'arythmie
--------	--------	--

			I 1930
589536	589540	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'arythmies ventriculaires par ablation spécifique du circuit ou du foyer d'arythmie.....	I 2116
589551	589562	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'un flutter auriculaire gauche (par ablation spécifique du circuit ou du foyer d'arythmie) ou d'une fibrillation auriculaire (par isolation ou ablation circonférentielle des veines pulmonaires).....	I 3164

"A.R. 22.10.2010 – E.V. 01.01.2011"

- « La prestation 589551-589562 ne peut être portée en compte que dans une institution de soins qui dispose également du programme partiel B3 du programme de soins « pathologie cardiaque » B.

589573	589584	Examen électrophysiologique et ablation percutanée du faisceau de His	I 1103
--------	--------	--	--------

- Les prestations 476276-476280, 476291-476302, 589492-589503, 589514-589525, 589536-589540, 589551-589562 et 589573-589584 ne sont pas cumulables entre elles. »

Inséré par A.R.19.01.2023 – E.V. 01.04.2023

- Les prestations de l'examen électrophysiologique comprennent toutes les prestations médicales, tous les contrôles et toutes les prestations d'imagerie médicale au jour du traitement, à l'exclusion de l'imagerie médicale de l'article 17 et de l'article 17bis. La prestation 469674-469685 peut être attestée en supplément uniquement dans le cas d'un examen électrophysiologique au cours duquel une ponction transseptale est pratiquée, à condition que cette prestation soit effectuée par un médecin spécialiste différent de celui qui réalise l'examen électrophysiologique.

"A.R. 12.06.2008 – E.V. 01.08.2008"

« 589676 589680 Cyphoplastie percutanée par ballonnet pour le traitement de fractures par enfoncement d'un corps vertébral (par corps vertébral) I 400

➤ La prestation 589676 – 589680 ne peut être attestée que dans le cas d'une des indications suivantes :

~~A. Fractures tassement ostéoporotiques « single level » ou « multi-level », et inférieures à T5, sans compression neurologique et sans signe de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :~~

~~a) douleurs persistantes de plus de 8 semaines liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur administré pendant 8 semaines au minimum a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur; l'intervention doit cependant avoir lieu durant une période de 4 mois après que la première constatation objective de la fracture tassement a été établie à moins qu'une progression de la fracture n'ait été démontrée;~~

~~b) la perte de hauteur se situe entre 20 % et 60 %;~~

~~c) le mur dorsal est maintenu;~~

~~d) présence d'un œdème osseux;~~

~~e) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3;~~

~~f) chez un homme :~~

~~— soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie;~~

~~— soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -1 au niveau de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.~~

~~g) chez une femme avec une ostéoporose induite par des glucocorticoïdes, qui est traitée de longue durée (plus de 3 mois) avec une dose orale journalière minimale de 7,5 mg de prednisone ou équivalent, administrée dans le cadre d'une indication scientifique reconnue :~~

~~— soit la patiente doit être ménopausée sans substitution hormonale;~~

~~— soit la patiente doit présenter un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -1.5 mesuré au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.~~

~~h) chez une femme ménopausée : soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.~~

~~B. Fractures tassement causée par un myélome multiple de Kahler, sans compression neurologique et sans signes de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :~~

~~a) douleurs persistantes de plus de 6 semaines liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur administré pendant 6 semaines au minimum a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur;~~

~~b) le mur dorsal est maintenu;~~

~~c) présence d'un œdème osseux;~~

~~d) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3;~~

Dans les deux cas, A + B, le diagnostic est posé sur la base des examens suivants :

- et RX face et profil
- et IRM ou en cas de contre-indication, un CT scan
- et une scintigraphie osseuse sans SPECT

Et en cas de fractures tassement ostéoporotiques, un DEXA scan.

~~Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications susmentionnées, doivent être conservés dans un dossier et doivent être envoyés au médecin-conseil si celui-ci/elle-ci les demande.~~

~~La prestation 589676 – 589680 est attestée à 100 % pour chaque vertèbre traitée, sous réserve qu'elle ne peut être attestée pour plus de deux vertèbres en même temps à l'assurance maladie invalidité.~~

~~Par période de deux années civiles au maximum deux prestations 589676 – 589680 exécutées en un seul temps opératoire peuvent être attestées à l'assurance obligatoire soins de santé.~~

~~Une exception à cette règle d'application est constituée par les prestations complémentaires 589676 – 589680, exécutées au cours d'une séance opératoire seconde ou ultérieure, pour autant qu'avant leur exécution, elles aient fait l'objet d'un accord du Collège des médecins directeurs.~~

~~La prestation 589676 – 589680 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie. »~~

Remplacé par A.R.17.06.2022 – E.V. 01.09.2022

« 589890 589901 Vertébroplastie percutanée pour le traitement de fractures par enfoncement d'un corps vertébral (par corps vertébral)..... I 400

➤ Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 ne peuvent être attestées que dans une des indications suivantes :

A. Fractures tassement ostéoporotiques "single level" ou "multi-level" sans compression neurologique et sans signe de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions suivantes :

- a) douleurs persistantes de plus de 35 jours liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant 35 jours au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires trop gênants ; la situation est décrite dans un rapport rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur ; l'intervention doit cependant avoir lieu avant que la fracture par enfoncement ne soit consolidée, endéans une période de 120 jours ;
- b) présence d'un oedème osseux documenté par l'imagerie médicale ;
- c) avec un T-score, calculé par rapport à une population de référence de $\leq - 1$;
- d) après une investigation clinique et documentation des facteurs de risque connus et prise en charge dans un trajet de suivi avec une thérapie adaptée pour l'ostéoporose et la prévention de fracture.

L'indication est posée lors d'une concertation spine multidisciplinaire (CSM) dans le cadre d'une équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale et les données sont enregistrées dans le registre correspondant. Les modalités exactes de la CSM et de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale sont définies aux articles 2 et 14, n).

B. Fractures tassements causées par la présence d'une tumeur ostéolytique maligne, sans compression neurologique et sans signes de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions suivantes :

- a) présence d'un oedème osseux documenté par l'imagerie médicale ;
- b) après examen de l'indication lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) sauf dans des circonstances cliniques urgentes. Les données sont enregistrées dans le registre correspondant.

- Dans les deux cas, A + B, le diagnostic est posé sur la base des examens suivants :
 - et RX face et profil
 - et IRM ou en cas de contre-indication, une scintigraphie osseuse avec SPECT.Et en cas de fractures tassements ostéoporotiques, un DEXA-scan.
- Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications susmentionnées, doivent être conservés dans le dossier et doivent être envoyés au médecin-conseil si celui-ci/celle-ci les demande.
- Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 sont attestées à 100 % pour chaque vertèbre traitée, sous réserve qu'elles ne peuvent être attestées pour plus de deux vertèbres en même temps à l'assurance maladie-invalidité.
- Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 ne sont pas cumulables entre elles.
- Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 sont accessibles aux médecins spécialistes en radiodiagnostic et aux médecins spécialistes en neurochirurgie et en chirurgie orthopédique.

"A.R. 22.1.1991" + Complété par A.R.17.06.2022 – E.V. 01.09.2022

"§ 2.

Les prestations reprises au présent article sont accessibles aux médecins spécialistes en radiodiagnostic et aux autres médecins spécialistes pour autant que la pathologie traitée soit du domaine de leur spécialité, **sauf autre directive mentionnée à la prestation même.**

Les prestations prévues au présent article ne peuvent être attestées que dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire qui prend la responsabilité pour la continuité du traitement pendant la mise au point, l'intervention et son suivi.

Les prestations reprises au présent article doivent donner lieu à un protocole décrivant la procédure utilisée, le déroulement de l'acte, ses aléas éventuels, ainsi que le résultat obtenu."

« A.R. 01.04.2016 – E.V. 01.06.2016 »

"§ 3.

NOTE : le nouveau § 3 est formé par les alinéas 4, 5 et 6 du § 2 en vigueur jusqu'au 31.05.2016.

"Les prestations prévues au présent article, d'une valeur relative égale ou supérieure à l 200, effectuées dans les conditions prévues dans le présent article et portées en compte par un médecin spécialiste accrédité donnent lieu à un supplément d'honoraires de Q 70.

Ce supplément d'honoraires est prévu sous le n° 589912 - 589923.

Ce supplément d'honoraires n'est accordé au maximum qu'une fois par séance de traitement."

« A.R. 01.04.2016 – E.V. 01.06.2016 »

"§ 4.

Dans les libellés des prestations de cet article, le terme percutané indique qu'il ne s'agit ni d'une intervention ouverte ni d'une intervention endoscopique avec vue directe. Le caractère percutané de l'intervention persiste quand une petite incision cutanée est réalisée pour faciliter l'accès au vaisseau et la manipulation des cathéters.

Pour la prestation 589094-589105, il est permis d'aborder l'artère par la plaie opératoire.

§ 5.

Toutes les artères pour lesquelles les lésions à traiter peuvent être reliées par une ligne continue, en partant de l'aorte, appartiennent à un seul axe artériel. Les lésions situées sur une deuxième ligne appartiennent à un autre axe artériel.

La prestation 589072-589083 peut également être attestée lorsque le diamètre de l'artère se réduit au point de nécessiter le remplacement du fil guide par un plus fin.

§ 6.

Les principales images angiographiques réalisées au cours des angioplasties endovasculaires de vaisseaux sanguins autres que les coronaires, doivent être conservées dans le dossier du patient, avec une représentation schématique de l'arbre vasculaire où les sténoses et les lésions traitées sont indiquées.

§ 7.

Les dispositions de l'article 17, § 11, sont aussi applicables pour les prestations de l'article 34. »