

SECTION 9. Dermato-vénéréologie.

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

"Art. 21. § 1^{er}. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en dermato-vénéréologie (E) :"

"A.R. 8.12.2013" (en vigueur 1.3.2014)

"	532792	532803	Dermoscopie non numérisée de toutes les lésions mélanocytaires suspects	K	5
---	--------	--------	---	---	---

La dermoscopie non numérisée nécessite un rapport.

L'assurance couvre une seule dermoscopie non numérisée (532792-532803) par an.

L'assurance couvre la dermoscopie simple (532792-532803) uniquement pour les patients qui ont :

- 1° soit des antécédents de mélanome;
- 2° soit au moins deux parents au 1^{er} degré ayant présentés un mélanome;
- 3° soit simultanément :
 - a) ≥ 100 naevi de plus de 2 mm entre 20 et 50 ans ou ≥ 50 naevi avant 20 ans ou après 50 ans;

b) ≥ 2 naevi cliniquement atypiques de plus de 5 mm.;

532814	532825	Dermoscopie avec localisation photographique et numérisation des images de toutes les lésions mélanocytaires suspects	K	20
--------	--------	---	---	----

La dermoscopie numérisée nécessite un rapport.

L'assurance couvre une seule dermoscopie numérisée (532814-532825) par an.

L'assurance ne couvre pas une dermoscopie numérisée réalisée le même jour qu'une dermoscopie non numérisée (532792-532803).

L'assurance couvre la dermoscopie numérisée (532814-532825) uniquement pour les patients qui ont :

- 1° soit des antécédents de mélanome;
- 2° soit au moins deux parents au 1^{er} degré ayant présentés un mélanome;
- 3° soit simultanément :
 - a) ≥ 100 naevi de plus de 2 mm entre 20 et 50 ans ou ≥ 50 naevi avant 20 ans ou après 50 ans;

b) ≥ 2 naevi cliniquement atypiques de plus de 5 mm."

coordination officieuse

"	531016	531020	"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) Injection sclérosante pour angiomes	K	6	
	531215	531226	Electrocoagulation ou électrolyse des poils ou des varicosités, par séance	K	6	
	531414	531425	* Epilation par électrocoagulation	K	6	"
"	532011	532022	"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) ° Prélèvement et fixation d'un fragment biopsique dermoépidermique sans suture, en vue d'un examen anatomopathologique	K	7	
	532114	532125	° Prélèvement et fixation d'un fragment biopsique dermoépidermique avec suture, en vue d'un examen anatomopathologique	K	11	"
"	532210	532221	"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) Ponçage ou dermabrasion par procédé chirurgical d'au moins la moitié du visage ou étendu à au moins le cinquième de la surface du corps, à l'exclusion de techniques chimiques	K	180	"
			"A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004) "La prestation 532210 - 532221 est également honorée lorsqu'elle est effectuée par un médecin qui est agréé comme médecin spécialiste en chirurgie plastique ou en stomatologie."			
"	532593	532604	"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) Ponçage ou dermabrasion par procédé chirurgical d'une surface du corps (inférieure au cinquième de la surface corporelle) ou d'une partie du visage pour cicatrice vicieuse ou pour lésion précancéreuse, à l'exclusion de techniques chimiques	K	40	
			Les prestations 532210 - 532221 et 532593 - 532604 ne sont pas cumulables entre elles."			
			"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004) "La prestation 532593 - 532604 est également honorée lorsqu'elle est effectuée par un médecin qui est agréé comme médecin spécialiste en chirurgie plastique."			
"	532416	532420	"A.R. 7.12.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) Traitement général par photochimiothérapie ou photothérapie avec UVA et/ou UVB dans une cabine d'irradiation sous contrôle continu de l'intensité UVA et/ou UVB (en mW/cm ²), et avec protocole mentionnant la dose d'UVA et/ou d'UVB administrée (en Joules/cm ²) par séance et cumulativement, par séance	K	13	
	532512	532523	Traitement local (une ou plusieurs régions) par photochimiothérapie ou photothérapie avec UVA et/ou UVB avec dosimétrie, par séance	K	5	"

			"A.R. 7.12.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 24.1.2013" (en vigueur 1.4.2013)		
			"Les prestations 532416 - 532420 et 532512 - 532523 ne sont remboursables que dans les cas de lichen ruber plan, mycosis fungoïdes, parapsoriasis, psoriasis et hypersensibilité à la lumière démontrée par des tests de lumière. Ces prestations ne sont ni cumulables entre elles ni avec la consultation."		
"	532770	532781	Traitement par photothérapie dynamique, par utilisation d'un photosensibilisant et d'un champ d'illumination, de lésions préneoplastiques et néoplasiques de la peau et des muqueuses	K	60 "
			"A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010) + "A.R. 14.3.2011" (en vigueur 1.5.2011) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016)		
			"Compte tenu des dispositions de l'article 15, §§ 3 et 4, la prestation 532770-532781 peut être portée en compte trois fois au maximum le même jour.		
			La prestation 532770-532781 ne peut pas être cumulée avec les prestations 532593-532604, 532210-532221, 353231-353242 et 532630-532641."		
"	532615	532626	Recherche de l'hypersensibilité à la lumière par des tests de lumière	K	30
			"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)		
			La prestation 532615 - 532626 ne peut être remboursée qu'une seule fois par 3 années civiles."		
"	532534	532545	Recherche d'allergène pour dermatite allergique, par tests épicutanés, d'une série standard de minimum 22 tests ou, par photopatchtests, avec minimum 10 tests, avec protocole	K	50 "
			"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 31.1.2010" (en vigueur 1.4.2010)		
"	532556	532560	Recherche d'allergène pour dermatite allergique, par tests épicutanés ou par photopatchtests, pour une série de tests complémentaires, avec protocole, (minimum 10 antigènes)	K	50 "
			"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 31.1.2010" (en vigueur 1.4.2010)		
"	532571	532582	Recherche d'allergène pour dermatite allergique, par tests épicutanés ou par photopatchtests, avec composants isolés d'un produit allergénique, avec protocole, (minimum 10 composants)	K	50
			Les tests complémentaires pour dermatite allergique 532556-532560 et 532571-532582 ne sont pas cumulables entre eux au cours de la même séance, mais sont cumulables avec la série de tests standard 532534-532545, avec les prestations 350055-350066 et avec les prestations 470750-470761 ou 470772-470783."		

"	532630	532641	"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 7.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) Ablation ou destruction quel que soit le procédé (chirurgical sans suture, électrocoagulation ou autre méthode) d'une tumeur superficielle de la peau bénigne ou maligne ou des muqueuses ou de toute autre lésion non traumatique directement accessible	K 21,40 "
			"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) "La prestation 532630 - 532641 peut lors d'une même séance être portée en compte au maximum 3 fois tenant compte des dispositions de l'article 15 § 3 et § 4."	
"	532652	532663	"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 7.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 11.9.2016" (en vigueur 1.11.2016) Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture	K 40 "
"	532836	532840	"A.R. 11.9.2016" (en vigueur 1.11.2016) Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture en deux plans	K 50
	532851	532862	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une plastie	K 110 "
"	532674	532685	"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 11.9.2016" (en vigueur 1.11.2016) Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une greffe	K 180 "
"	532696	532700	"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) Exérèse d'une tumeur maligne de la peau ou des muqueuses selon une technique de chirurgie micrographique ou analogue avec examen anatomopathologique peropératoire, sans fermeture de la plaie	K 240
	532711	532722	Exérèse d'une tumeur maligne de la peau ou des muqueuses selon une technique de chirurgie micrographique ou analogue avec examen anatomopathologique peropératoire et avec fermeture de la plaie, y compris une greffe et/ou plastie éventuelle	K 300 "
	532733	532744	"A.R. 3.6.2007" (en vigueur 1.4.2007) "Traitement au laser pour "naevus flammeus" Traitement d'essai y compris le rapport, accompagné de photos en couleurs, pour le Collège des médecins-directeurs	K 50

532755 532766 Traitement : maximum K 3000

1° Les prestations 532733-532744 et 532755-532766 ne peuvent être remboursées que pour le nævus flammeus congénital d'au moins 4 cm², qui ne tend pas à disparaître spontanément et localisé sur les parties visibles de la tête, du cou ou des mains :

- a) Tête : à l'exception du cuir chevelu;
- b) Cou : au-dessus de l'horizontale qui relie les deux acromions;
- c) Mains : jusqu'à 1 cm proximal de la ligne qui relie les styloïdes cubitale et radiale.

Les surfaces de différentes lésions plus petites peuvent être additionnées pour le calcul de la surface totale.

2° Les honoraires des prestations 532733-532744 et 532755-532766 couvrent l'intervention et l'utilisation de l'appareillage.

3° La prestation 532733-532744 ne peut être remboursée au maximum que deux fois par bénéficiaire. Un traitement d'essai doit toujours au moins être effectué avec un *Pulsed Dye Laser (PDL)*.

4° Les traitements effectués avec d'autres types de laser que *PDL* ne peuvent entrer en ligne de compte pour le remboursement que si le traitement d'essai présente un meilleur résultat par rapport à la surface traitée avec le *PDL*. Un changement de type de laser nécessite également l'accord préalable du Collège des médecins-directeurs.

5° La prestation 532755-532766 ne peut être honorée que si le Collège des médecins-directeurs a donné son approbation préalablement au traitement.

6° Toutes les demandes de remboursement ou de modification du remboursement de la prestation 532755-532766 sont envoyées par l'intermédiaire de l'organisme assureur au Collège des médecins-directeurs avec un formulaire et des pièces justificatives tels que prescrits par le Collège et le rapport mentionné dans le libellé de la prestation 532733-532744. Ce rapport contient au minimum la nature, la localisation et les dimensions des lésions, documentées au moyen de photos en couleurs, récentes et datées, des lésions conjointement avec une règle graduée de référence, avant et après le traitement d'essai. Le rapport doit démontrer clairement le résultat positif du traitement d'essai.

7° Au maximum 8 phases de traitement peuvent être remboursées. Par phase de traitement, on entend l'irradiation complète par rayons laser de toutes les taches de vin du bénéficiaire pour lesquelles une autorisation d'intervention a été accordée. En cas de taches plus importantes, une phase de traitement peut éventuellement être scindée en deux ou plusieurs séances.

8° Le Collège des médecins-directeurs précise dans son accord le type de laser, la surface, le nombre de phases de traitement et le montant du remboursement. Le remboursement par phase de traitement comprend un forfait d'une valeur de K 40 et un remboursement de K 1 par cm² traité. Les honoraires de la prestation 532755-532766 constituent un maximum par bénéficiaire. L'accord n'est valable que pour le type de laser pour lequel le traitement d'essai a donné le meilleur résultat."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

"§ 2. Sont considérées comme connexes à la spécialité en dermatovénérologie les prestations de radiothérapie et de biologie clinique comportant le traitement ou le diagnostic d'une affection cutanée."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 24.10.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"§ 3. Les prestations prévues au chapitre V, article 14, au littera a, sous les numéros 220113 - 220124, 244613 - 244624; au littera c, sous les numéros 250176 - 250180, 250191 - 250202, 251274 - 251285, 251296 - 251300, 251311 - 251322, 253654 - 253665, 251355 - 251366, 251370 - 251381; au littera f, sous les numéros 238070 - 238081, 238092 - 238103, 238114 - 238125, 238136 - 238140, 238151 - 238162, 238173 - 238184, 238195 - 238206, 238210 - 238221, 238232 - 238243; au littera k, sous les numéros 280770 - 280781, 275192 - 275203, sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en dermatovénérologie."

"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"§ 4. Les prestations prévues à l'article 21 ne peuvent être attestées que par un médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie, à l'exception des prestations pour lesquelles une règle d'application spécifique en autorise l'accès à d'autres spécialistes."