SECTION 2. - Prestations spéciales générales.

"A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"Art. 11. § 1er. Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste (B). "

"A.R. 7.1.1987" (en vigueur 1.1.1987) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988)

"	1301	350033	350044	°* Tubage du larynx	K	24	"

"A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 31.1.2010" (en vigueur 1.4.2010)

"	1302	350055	350066	Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de prick tests avec des solutions allergiques et de contrôle commerciales aux pneumallergènes (minimum 10 tests) et/ou trophallergènes (minimum 8 tests) et/ou hyménoptères, avec rapport de synthèse	K	20	"

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 1.2.2022" (en vigueur 1.4.2022)

"		350313	350324	Rapport écrit d'une période d'hospitalisation dans un lit aigu dans un hôpital général rédigé par une équipe médicale multidisciplinaire à l'intention du médecin-chef, chargé de l'organisation du contrôle de la qualité. Ce rapport comprend le diagnostic lors de l'admission, le processus d'établissement du diagnostic et du traitement et le diagnostic principal définitif accompagné éventuellement d'un diagnostic complémentaire. Le diagnostic définitif doit être confirmé par le rapport d'un examen complet post mortem établi par un médecin spécialiste en anatomie-pathologique ou médecin spécialiste en médecine légale ou un médecin, titulaire du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine légale et comprenant au moins l'examen macroscopique et microscopique du système cardiovasculaire, pulmonaire, gastro-intestinal et urogénital, de même que d'autres organes qui constituent un élément pertinent de l'anamnèse (minimum 15 prélèvements)	K	440	"
	1305	350512	350523	** Laparoscopie sans prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine	K	70	
	1306	350534	350545	*Supprimée par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*			
	1308	350556	350560	*Supprimée par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*			
	1309	350571	350582	*Supprimée par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*			
	1310	350593	350604	*Supprimée par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*			
	1311	350615	350626	*Supprimée par A.R. 7.6.2007 (en vigueur 1.7.2007)*			
		350630	350641	*Supprimée par A.R. 7.6.2007 (en vigueur 1.7.2007)*			
	1313	350652	350663	*Supprimée par A.R. 7.6.2007 (en vigueur 1.7.2007)*			

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)

"	470072	470083	Placement par ponction d'un cathéter à demeure (type Tenckhoff) en vue d'une dialyse péritonéale chronique	K	16,88
	472054	472065	° Incision de thrombose hémorroïdaire	K	20
	472150	472161	° Ligature d'hémorroïdes	K	20
	472511	472522	° Rectoscopie	K	12

Par rectoscopie, il faut entendre les examens effectués au moyen d'un rectoscope de 25 cm au moins, à l'exclusion de toute anuscopie ou ampuloscopie simple qui ne peuvent pas donner lieu à des honoraires particuliers, ceux-ci étant inclus dans les honoraires prévus pour les consultations, visites et surveillance des bénéficiaires hospitalisés."

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 23.1.2013" (en vigueur 1.2.2013) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"La prestation n° 472511 - 472522 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 472452 - 472463, 473174 - 473185, 473211 - 473222 et 473432 - 473443 de l'article 20."

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)

"	473476	473480	°Coagulation à l'infrarouge ou photocoagulation ou cryothérapie d'hémorroïdes, par séance	K	11,25

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 12.5.2021" (en vigueur 1.8.2021)

	475075	475086	* Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum	K	14,95

Les prestations 475075 et 475086 peuvent également être attestées par le médecin généraliste agréé ou par le médecin généraliste en formation ou par le médecin généraliste avec droits acquis pour autant:

a) que ce médecin soit porteur d'un certificat délivré par une Faculté de médecine belge attestant sa participation à un cours de perfectionnement et sa compétence en électrocardiographie ;

b) que ce certificat soit adressé au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Tous les prestataires concernés conservent les données nécessaires qui démontrent leurs capacité et expérience pour effectuer cette prestation.

La prestation 475075 peut seulement être attestée une fois par jour par un médecin généraliste (avec droits acquis, ou agréé ou en formation) et une fois par jour par un médecin spécialiste ou un médecin spécialiste en formation.

La prestation 475086 peut seulement être attestée une fois par jour (quel que soit le prestataire).

				Les prestations 475075 et 475086 ne sont pas cumulables le même jour lorsqu'elles sont effectuées dans l'enceinte d'un même établissement hospitalier. Les prestations 475075 et 475086 peuvent toujours être attestées dans le cadre d'une intervention SMUR.				
		475650	475661	*Supprimée par A.R. 10.1.2013 (en vigueur 1.2.2013)*				
				"A.R. 12.8.2008" (en vigueur 1.10.2008)				
"	1318	351035	351046	** Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique	K	30		
				Les prestations 351035-351046, 258510-258521 et 258834-258845 ne sont pas cumulables entre elles."				
				"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988)				
"	1320	353172	353183	° Trachéotomie	K	156		"
				"A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 (A.R 22.4.2003 + Erratum M.B 29.4.2003)]				
	1321	353194	353205	°* Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par séance	K	5		
	1322	353216	353220	°* Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par cure de 8 séances et davantage	K	40		
				"A.R. 17.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)				
"	1323	353231	353242	° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure	K	26,47		"
				"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024) "La prestation 353231 - 353242 ne peut être honorée comme telle lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en dermato-vénéréologie."				
	1324	353253	353264	** Laparoscopie avec prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine	K	90		
	1325	353275	353286	Dénudation de vaisseau, y compris la ponction ou l'injection	K	12		
				"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986)				
"		353290	353301	Cryochirurgie, à l'azote liquide, des tumeurs cutanéomuqueuses effractant la couche basale, sous contrôle par thermocouple	K	30		"
		354012	354023	*Supprimée par A.R. 7.6.2007 (en vigueur 1.7.2007)*				
		354034	354045	*Supprimée par A.R. 7.6.2007 (en vigueur 1.7.2007)*				

			"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)			
"	354056	354060	Implantation d'un réservoir de médicaments sous-cutané lié à un cathéter pour l'administration continue de médicaments via un système de pompe	K	120	"
			"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)			
			"L'installation et le démarrage fonctionnel de la pompe programmable font partie de la prestation 354056-354060."			
			"A.R. 28.11.2008" (en vigueur 1.2.2009) + "A.R. 22.10.2010" (en vigueur 1.1.2011)			
"	354292	354303	Remplissage d'une pompe programmable destinée à l'administration intrathécale de médicaments, y compris le coût du matériel, et/ou titrage de cette pompe avec mesurage d'évaluation objective, attestable maximum six fois par an	K	26	
			La prestation 354292-354303 n'est pas cumulable avec la prestation 354056-354060."			
			"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)			
"	354351	354362	Implantation d'un système porte veineux totalement sous-cutané (type port-à-cath)	K	60	
			La prestation 354351-354362 n'est pas cumulable avec la prestation 354056-354060.			
	354373	354384	Implantation, enlèvement ou remplacement, via une intervention chirurgicale, d'un implant actif avec le fil conducteur ou le câble d'extension éventuels mais sans les électrodes ou autres accessoires	K	60	"
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)			
"	354196	354200	Tunnellisation d'un cathéter veineux central type Hickman - Broviac pour usage de longue durée	K	38	"
			"A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]			
"	354336	354340	Implantation d'un cathéter de type Hickman ou Tésio ou Jocath en vue d'une dialyse rénale, via la dénudation de la veine jugulaire interne	K	60	"
			"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 10.3.2009" (en vigueur 1.7.2009)			
"	354255	354266	Mise en place d'un cathéter veineux central (en dehors de la narcose) chez l'enfant de moins de 7 ans	K	30	"
			"A.R. 28.9.2023" (en vigueur 1.12.2023)			
"		354325	Mise en place d'un cathéter intra-artériel suivi du monitoring invasif continu de la pression artérielle, à l'exception du jour d'une anesthésie, du jour d'une intervention chirurgicale ou obstétricale, du jour d'une prestation radiologique interventionnelle ou du jour d'une prestation cardiologique diagnostique invasive ou interventionnelle	K	19	

La prestation 354325 peut seulement être attestée une fois par période d'hospitalisation. "

	354071	354082	*Supprimée par A.R. 7.6.2007 (en vigueur 1.7.2007)*			
	354093	354104	*Supprimée par A.R. 7.6.2007 (en vigueur 1.7.2007)*			
	354211	354222	*Supprimée par A.R. 7.6.2007 (en vigueur 1.7.2007)*			
	354233	354244	*Supprimée par A.R. 7.6.2007 (en vigueur 1.7.2007)*			

"A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998)
"Les prestations laparoscopiques diagnostiques et thérapeutiques ne sont pas cumulables entre elles. Les prestations laparoscopiques thérapeutiques ne sont pas cumulables avec les prestations par laparotomie dans le même champ opératoire lors d'une même séance."

"A.R. 25.11.2002" (en vigueur 1.2.2003) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024) + "A.R. 29.8.2025" (en vigueur 1.11.2025)

"	350372	350383	Première concertation oncologique multidisciplinaire (première COM), attestée par le médecin-coordinateur	K	80	"

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"	350276	350280	Concertation oncologique multidisciplinaire de suivi (COM de suivi), attestée par le médecin-coordinateur	K	50	
	350291	350302	Concertation oncologique multidisciplinaire supplémentaire (COM supplémentaire) dans un hôpital autre que celui de la première COM, sur renvoi, attestée par le médecin-coordinateur	K	80	"

"A.R. 18.12.2009" (en vigueur 1.3.2010) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024) + "A.R. 29.8.2025" (en vigueur 1.11.2025)

"	350453	350464	Supplément d'honoraires à la prestation 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302, attestable par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatriques, lorsque celui-ci coordonne la concertation oncologique multidisciplinaire	K	15	"

"A.R. 25.11.2002" (en vigueur 1.2.2003)

"	350394	350405	Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire	K	17	"

"A.R. 25.11.2002" (en vigueur 1.2.2003) + Erratum M.B. 26.2.2003 + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"	350416	350420	° Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers	K	25	"

"A.R. 18.12.2009" (en vigueur 1.3.2010) + Erratum M.B. 19.2.2010+ "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024) + "A.R. 29.8.2025" (en vigueur 1.11.2025)

"	350475	350486	Supplément d'honoraires à la prestation 350394-350405 ou 350416-350420, attestable par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatriques, lorsque celui-ci assiste à la concertation oncologique multidisciplinaire	K	7,5	"

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010)

"Explication du diagnostic et de la proposition d'examens complémentaires, suivi et plan de traitement communiqué au patient selon le rapport de la concertation oncologique multidisciplinaire préalable au cours d'une discussion séparée avec le patient :

	350232		° par le médecin généraliste agréé traitant	K	50	"

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"	350254	350265	par le médecin spécialiste traitant qui a participé à la COM	K	50	

Au moins quatre médecins de spécialités différentes participent à la COM. Au moins un d'entre eux dispose d'une expérience particulière en chirurgie oncologique ou est agréé en tant que médecin spécialiste en oncologie médicale ou en radiothérapie-oncologie ou est titulaire d'un titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatrique.

Un des médecins fait fonction de coordinateur et rédige le rapport écrit reprenant une description du diagnostic et du plan de traitement.

Une concertation oncologique multidisciplinaire est demandée par écrit par le médecin de médecine générale traitant agréé ou avec droits acquis ou le médecin spécialiste traitant, à l'exclusion du médecin spécialiste en anatomie pathologique ou en biologie clinique ou en radiodiagnostic.

La prestation 350372-350383 (première COM) est organisée dans le cadre du traitement d'une nouvelle affection oncologique, à l'exception d'un carcinome spinocellulaire ou basocellulaire de la peau non compliqué. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010)

Une première COM ou une COM de suivi précède obligatoirement :

a) chaque traitement oncologique qui n'est pas repris ou qui déroge aux protocoles définis dans le manuel de qualité de l'hôpital concerné;

b) chaque chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire; "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)
"c) chaque traitement oncologique faisant appel à une prestation de l'article 18 qui est attestée par un médecin spécialiste pour une spécialité autre que la radiothérapie-oncologie ou la médecine nucléaire et qui est liée à sa spécialité. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010)
"Par traitement, on entend ici le recours à la chirurgie, à la médication ou aux prestations mentionnées à l'article 18 dans une situation oncologique. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)
"Si un traitement est établi sans COM, le médecin traitant conserve toutes les pièces motivant son choix à la disposition du médecin-conseil. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010)
"La prestation 350276-350280 (COM de suivi) n'est attestable qu'en cas de :

a) suivi d'un traitement présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique

et/ou

b) répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations.

Dans ce dernier cas, l'exécution préalable de la prestation 350276-350280 est en outre obligatoire.

La prestation 350291-350302 (COM supplémentaire) n'est attestable que si la première COM n'a pas donné lieu à un diagnostic définitif ou un plan de traitement concret, mais à un renvoi vers un autre hôpital disposant d'un programme de soins oncologique agréé. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)
"Les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 ne sont pas attestables au début du traitement d'un carcinome spinocellulaire ou basocellulaire de la peau non compliqué."

La prestation 350394-350405 est attestable par maximum quatre médecins spécialistes de spécialités différentes, exclusivement à l'occasion des prestations 350372-350383, 350276-350280 ou 350291-350302. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010)
"La prestation 350416-350420 n'est attestable qu'en combinaison avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 ou 350291-350302. Elle couvre également les frais de déplacement.

Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 ne sont pas cumulables entre elles par le même prestataire. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)+ "A.R. 29.8.2025" (en vigueur 1.11.2025)
"Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 requièrent la présence simultanée des différents médecins participants au moyen d'une concertation physique, par vidéo ou hybride. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)
Chaque concertation oncologique multidisciplinaire donne lieu à un rapport écrit, rédigé par le médecin-coordinateur. Le rapport mentionne les noms des médecins participants et le nom du médecin qui en a fait la demande. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010)
Il comporte une description du problème initial, un aperçu des données médicales disponibles et une élaboration du diagnostic avec prononcé sur le pronostic. Il comporte en outre un plan de traitement concret à court et plus long terme avec motivation, compte tenu d'arguments médicaux mais aussi psychiques et sociaux.

En cas de renvoi pour une concertation multidisciplinaire supplémentaire, le nom du deuxième hôpital est mentionné dans le rapport. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)
"Le rapport est transmis à l'ensemble des médecins ayant participé à la concertation, au médecin qui en a fait la demande, au médecin généraliste du patient et au médecin-conseil de l'organisme assureur. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010)
"Les honoraires pour les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 couvrent le rapport et l'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer.

Les prestations 350232 et 350254-350265 ne peuvent chacune être attestées qu'une seule fois et uniquement à la suite de la première concertation oncologique multidisciplinaire (prestation n° 350372-350383). "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)
"Au cours de la concertation multidisciplinaire il sera décidé, le cas échéant, quel médecin effectuera la prestation 350254-350265. "

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.11.2010)
"Les prestations 350232 et 350254-350265 ne peuvent pas être cumulées avec une consultation ou une visite."

"A.R. 5.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"	350070	Consultation de longue durée (au moins 30 minutes) au cabinet du médecin spécialiste qui a réalisé chez le patient au moins une des interventions reprises dans la liste limitative des interventions oncologiques majeures ci-dessous, y compris un rapport écrit au médecin traitant et au médecin spécialiste en oncologie médicale	K	35	
	350092	Consultation de longue durée (au moins 30 minutes) au cabinet du médecin spécialiste accrédité qui a réalisé chez le patient au moins une des interventions reprises dans la liste limitative des interventions oncologiques majeures ci-dessous, y compris un rapport écrit au médecin traitant et au médecin spécialiste en oncologie médicale	K Q	35 + 70 "

"A.R. 5.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + Erratum M.B. 6.12.2018
"Liste Limitative :
241415-241426, 241430-241441, 241452-241463, 241555-241566, 242012-242023, 242034-242045, 242292-242303, 244753-244764, 243036-243040, 244016-244020, 244031-244042, 244856-244860, 244893-244904, 244915-244926, 244930-244941, 244952-244963, 227216-227220, 227275-227286, 227334,227345, 228012-228023, 228233-228244, 228174-228185, 228255-228266, 227695-227706, 227710-227721, 227776-227780, 227791-227802, 227813-227824, 231033-231044, 232772-232783, 232514-232525, 230473-230484, 260411-260422, 260433-260444, 261111-261122, 261472-261483, 261671-261682, 261796-261800, 431336-431340, 431351-431362, 254892-254903, 256771-256782, 259011-259022, 259033-259044, 259114-259125, 258392-258403, 258451-258462, 258871-258882, 288455-288466, 288470-288481, 312594-312605, 312653-312664."

"A.R. 5.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"Les prestations 350070 et 350092 peuvent être portées en compte une fois par an au cours d'une période de suivi postopératoire de maximum trois ans à compter de la date d'intervention.

"A.R. 5.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 7.5.2023" (en vigueur 1.7.2023)
"Les prestations 350070 et 350092 ne sont pas cumulables avec une prestation technique, et/ou une consultation effectuée par le même médecin. "

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"**§ 1bis.** Les prestations chirurgicales visées au § 1er, dotées d'une valeur relative égale ou supérieure à K 120, et portées en compte par un médecin spécialiste accrédité, donnent lieu à un supplément d'honoraires de Q 70."

"A.R. 17.4.2002" (en vigueur 1.8.2002) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"La prestation 350313 - 350324, portée en compte par un médecin spécialiste accrédité, donne lieu à un supplément d'honoraires de Q 70"

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995)

"La prestation 353172 - 353183, portée en compte par un médecin généraliste accrédité, donne lieu à un supplément d'honoraires de Q 70.

Ce supplément d'honoraires est prévu sous le n° 354911 - 354922."

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 10.7.1990" (en vigueur 1.7.1990) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 2.6.2003" (en vigueur 1.8.2003) + "A.R. 12.8.2008" (en vigueur 1.10.2008) + "A.R. 27.3.2017" (en vigueur 1.6.2017) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"**§ 2.** Suppléments pour la méthode au laser :

355014	355025	Supplément attestable par le médecin spécialiste qui effectue une des prestations suivantes, par la méthode au laser à l'exclusion du YAG : 431115 - 431126, 431395 - 431406, 431432 - 431443, 431594 - 431605, 432294 - 432305, 432530 - 432541, 432552 - 432563, 432574 - 432585, 432596 - 432600, 432633 - 432644, 432692 - 432703, 245512 - 245523, 245534 - 245545, 245556 - 245560, 246050 - 246061, 246072 - 246083, 246175 - 246186, 246573 - 246584, 246632 - 246643, 246654 - 246665, 248172 - 248183, 248194 - 248205, 248216 - 248220, 248231 - 248242, 248253 - 248264, 248275 - 248286, 248290 - 248301, 248312 - 248323, 255835 - 255846, 256653 - 256664, 257751 - 257762, 258090 - 258101, 258112 - 258123 et 312071 - 312082.	K	60	"

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 10.7.1990" (en vigueur 1.7.1990) + "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 13.11.2012" (en vigueur 1.1.2013) + "A.R. 10.1.2013" (en vigueur 1.2.2013) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"	355036	355040	Supplément attestable par le médecin spécialiste qui effectue une des prestations suivantes, par la méthode au laser YAG : 230436 - 230440, 230473 - 230484, 230532 - 230543, 230716 - 230720, 230731 - 230742, 231011 - 231022, 231033 - 231044, 232514 - 232525, 232536 - 232540, 232551 - 232562, 232735 - 232746, 232772 - 232783, 232971 - 232982, 246772 - 246783, 248172 - 248183, 248194 - 248205, 248216 - 248220, 248231 - 248242, 248253 - 248264, 248275 - 248286, 248290 - 248301, 248312 - 248323, 257316 - 257320, 257456 - 257460, 431115 - 431126, 432412 - 432423, 432456 - 432460, 471612 - 471623 et 471730 - 471741.	K	60	"

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 10.1.2013" (en vigueur 1.2.2013) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"	355051	355062	Supplément attestable par le médecin spécialiste qui effectue une des prestations suivantes, par la méthode de vaporisation à ultra-son : 230473 - 230484, 230731 - 230742, 231033 - 231044, 232536 - 232540, 232551 - 232562, 232750 - 232761, 232772 - 232783, 242292 - 242303, 242314 - 242325, 242336 - 242340 et 242351 - 242362.	K	60	"

"A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 9.5.2016" (en vigueur 1.7.2016)

"§ 3.

	355073	355084	Traitement de la lithiase (rénale, biliaire, pancréatique, parotidienne) au moyen du lithotripteur extracorporel par ondes de choc sous contrôle radioscopique ou échographique	K	320	"

"A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990)

"La prestation n° 355073 - 355084 peut être portée en compte par séance de traitement et l'anesthésie éventuellement nécessaire peut être portée en compte séparément.

Les honoraires pour la prestation n° 355073 - 355084 couvrent le contrôle radiographique.

Les honoraires pour la prestation n° 355073 - 355084 ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour les prestations n°s 262231 - 262242 et 260676 - 260680."

			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)			
			"**§ 4.** Ponctions.			
	355316	355320	°* Ponction d'hydrocèle	K	4	"
			"A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.9.2017)			
"	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	K	4	"
	355331	355342	*Supprimée par A.R. 30.11.2003 (en vigueur 1.02.2004)*			
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)			
"	355353	355364	°* Ponction de la cavité de Douglas ou du paramètre	K	6	"
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + ["A.R. 7.6.1991" + "A.R. 3.10.1991" + "A.R. 23.12.1991" (en vigueur 1.6.1991)]			
"	355375	355386	°* Ponction vésicale	K	10,5	"
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 7.4.2005" (en vigueur 1.6.2005)			
"	355412	355423	* Ponction d'articulation de la hanche sous contrôle radioscopique ou échographique	K	35	"
			"*A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + ["A.R. 7.6.1991" + "A.R. 3.10.1991" + "A.R. 23.12.1991" (en vigueur 1.6.1991)] + "A.R. 11.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)*			
"	355434	355445	°*Ponction péritonéale d'un épanchement liquidien libre	K	10,5	"
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 11.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)			
"	355456	355460	°*Drainage péritonéal pour l'évacuation d'un épanchement liquidien libre, y compris les injections et lavages éventuels.	K	19	"
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 2.9.1992" (en vigueur 1.11.1992) + "A.R. 27.4.2007" (en vigueur 1.7.2007)			
"	355935	355946	** Lavage d'un sinus par ponction et injection curative	K	12	"
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 11.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)			
"	355471	355482	°*Ponction ou drainage péricardique (y compris les injections et lavages éventuels)	K	70	"
			"A.R. 11.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)			
"	355994	356005	°* Ponction pleurale diagnostique unilatérale, une ou plusieurs	K	25	
	356016	356020	°* Ponction pleurale thérapeutique unilatérale (évacuation de liquide ou d'air), une ou plusieurs, y compris les injections éventuelles	K	32	
	356031	356042	° Mise en place d'un ou plusieurs drains pleuraux unilatéraux pour pneumothorax, épanchement pleural ou hémothorax, suivi ou non d'un drainage continu, en dehors des prestations chirurgicales et des prestations interventionnelles percutanées	K	56	
	356053	356064	°* Pleurodèse unilatérale via un ou plusieurs drains pleuraux	K	35	

Lors de l'attestation des prestations 355994-356005, 356016-356020 et 356031-356042, la latéralité (gauche ou droite) doit être indiquée et ceci indépendamment de la façon d'attester.

Les prestations 355994-356005, 356016-356020 et 356031-356042 ne sont pas cumulables entre elles le même jour lorsqu'elles sont effectuées du même côté.

Si des ponctions et/ou des drainages pleuraux sont réalisés bilatéralement, une des prestations 355994-356005, 356016-356020 et 356031- 356042 peut être attestée à 100% pour chaque côté.

La prestation 356053-356064 ne peut pas être cumulée le même jour avec la prestation 356031-356042. "

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + ["A.R. 7.6.1991" + "A.R. 3.10.1991" + "A.R. 23.12.1991" (en vigueur 1.6.1991)] + "A.R. 28.5.2008" (en vigueur 1.11.2008)

"	355493	355504	°* Ponction lombaire, exploratrice ou thérapeutique, y compris l'aiguille	K	30	"

"A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	355972	355983	** Administration intrathécale par ponction lombaire de médicaments dans un contexte chimiothérapeutique oncologique avec exclusion d'antidouleurs, d'agents anti-inflammatoires et corticoïdes	K	70	

"A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + corrigendum"M.B. 28.4.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"La prestation 355972-355983 ne peut être attestée que par des médecins spécialistes en médecine interne porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique et des médecins spécialistes en oncologie médicale ainsi que par des médecins spécialistes en pédiatrie porteurs du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques. "

"A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"La prestation 355972-355983 ne peut pas être cumulée avec les prestations 355493-355504 et 474095-474106. "

	355515	355526	*Supprimée par A.R. 28.5.2008 (en vigueur 1.11.2008)*			

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999)

"	355530	355541	° Ponction artérielle pour prélèvement(s), injections, mise en place de cathéter, etc…	K	6	"

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 13.7.2020" (en vigueur 1.9.2020)

"	355552	355563	Ponction de la veine jugulaire, sous-clavière ou fémorale (en dehors de la narcose) pour mise en place de cathéter ou la mise en place d'un cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICC) "	K	19	

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)

"	355574	355585	Ponction trachéale transcutanée avec ou sans mise en place d'un cathéter	K	13	

	355596	355600	Ponction de la glande thyroïde pour examen cytologique	K	10	
	355611	355622	Ponction biopsique de la glande thyroïde en vue d'un examen anatomo-pathologique	K	25	
	355633	355644	Biopsie pleurale à l'aiguille	K	22	
	355655	355666	Ponction biopsique d'une lésion pulmonaire sous contrôle radiologique	K	60	
	355670	355681	* Ponction de la glande mammaire pour examen cytologique ou injection	K	10	"
			"A.R. 1.9.2011" (en vigueur 1.11.2011)			
"	355213	355224	* Biopsie en cylindre de la glande mammaire pour examen histologique	K	40	
	355235	355246	* Biopsie assistée par aspiration de la glande mammaire pour examen histologique	K	40	
	355250	355261	* Biopsie assistée par aspiration de la glande mammaire pour examen histologique, effectuée sous guidance stéréotaxique	K	90	
	355272	355283	* Mise en place intralésionnelle d'un ou plusieurs marqueurs en vue d'une intervention chirurgicale sur la glande mammaire	K	30	"
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + ["A.R. 7.6.1991" + "A.R. 3.10.1991" + "A.R. 23.12.1991" (en vigueur 1.6.1991)]			
"	355692	355703	°* Ponction d'un organe hématopoïétique, à l'exclusion du foie et de la rate	K	10,5	"
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)			
"	355714	355725	Biopsie osseuse à l'aiguille	K	11	
	355736	355740	Biopsie osseuse à l'aiguille du corps vertébral sous contrôle radiologique	K	50	"
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995)			
"	355751	355762	** Ponction du foie	K	50	"
	355773	355784	*Supprimée par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*			
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)			
"	355795	355806	** Ponction rénale sous contrôle échographique en vue d'un examen anatomopathologique ou d'un cytodiagnostic de la substance prélevée	K	54	
	355810	355821	Ponction de la cavité rénale sous contrôle échographique	K	55	
	355832	355843	** Ponction biopsique de la prostate sous contrôle échographique	K	38	
	355854	355865	** Ponction biopsique épididymaire et/ou testiculaire	K	12	

	355876	355880	* Ponction d'un kyste de l'ovaire sous contrôle échographique	K	50		
	355891	355902	** Ponction biopsique rétropéritonéale sous contrôle radiologique ou échographique	K	60		"

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)

"	355950	355961	Gastrostomie ou entérostomie par endoscopie	K	50		"

	355913	355924	*Supprimée (déplacée) par A.R. 26.10.2011 (en vigueur 1.1.2012)*				

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + Erratum MB 13.11.2001 + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002) + "A.R. 30.11.2003" (en vigueur 1.2.2004) + "A.R. 28.5.2008" (en vigueur 1.11.2008) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 10.1.2013" (en vigueur 1.2.2013) + "A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.9.2017) + "A.R. 28.9.2023" (en vigueur 1.12.2023) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024) + corrigendum "M.B. 28.5.2024" (en vigueur 1.6.2024) + "A.R. 11.5.2025" (en vigueur 1.7.2025) + "Corrigendum M.B." (en vigueur 1.7.2025)

§ 5. Pour les prestations 350033-350044, 350055-350066, 351035-351046, 353172-353183, 353231-353242, 353275-353286, 354056-354060, 354196-354200, 354325, 355132-355143, 355316-355320, 355375-355386, 355412-355423, 355434-355445, 355456-355460, 355471-355482, 355493- 355504, 355530-355541, 355574-355585, 355596-355600, 355611-355622, 355633-355644, 355655-355666, 355670-355681, 355692- 355703, 355714-355725, 355736-355740, 355751-355762, 355795-355806, 355810-355821, 355854-355865, 355876-355880, 355891-355902, 355913- 355924, 355935-355946, 355950-355961, 355972-355983, 355994-356005, 356016-356020, 356031-356042, 356053-356064 et 475075-475086, effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, la valeur relative est majorée de 13 %.

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 11.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)

"	355913	355924	Supplément aux prestations 355353-355364, 355375-355386, 355434- 355445, 355456-355460, 355471-355482, 355552-355563, 355596-355600, 355611-355622, 355633-355644, 355670-355681, 355714-355725, 355751- 355762, 355994-356005, 356016-356020, 356031-356042, 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000, lorsque celles-ci sont effectuées sous contrôle échographique ou radiologique	K	20		

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"La prestation 355913-355924 n'est pas cumulable avec l'examen radiologique ou échographique correspondant.

Lorsque les prestations 355736-355740 et 355891-355902 sont effectuées au moyen d'imagerie tomographique par ordinateur, l'examen d'imagerie médicale correspondant, à savoir l'une des prestations 458813-458824, 458835-458846, 458850-458861, 457855-457866, 457870- 457881, 457892-457903, 459572-459583, 459616-459620 ou 459631- 459642, peut également être porté en compte."

"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012)

"**§ 6.** Installation et surveillance d'une oxygénothérapie en caisson hyperbare (quel que soit le nombre de séances) :

355095	355106	le premier jour	K	58	
355110	355121	le deuxième jour	K	43	"