SECTION 6 - Imagerie médicale.

Art. 17. Radiologie.

§ 1. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiodiagnostic (R):

1° Gynécologie-obstétrique :

				" A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999)			
"	5000	450015	450026	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région pelvienne pour examen direct sans manipulation ni moyen de contraste, quel que soit le nombre de clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450516-450520, 451010-451021, 455276-455280, effectuées le même jour....)	N	35	"
	5001	450030	450041	Radiopelvimétrie (non cumulable avec la prestation n° 455276-455280, effectuée le même jour)	N	65	
	5003	450074	450085	Hystérosalpingographie (hystérographie), y compris l'abdomen à blanc et les clichés de contrôle tardifs éventuels avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	90	
				"A.R. 25.7.1994" (en vigueur 1.11.1994)			
"	5004	450096	450100	Mammographie par sein y compris les clichés axillaires éventuels (quel que soit le nombre de clichés)	N	45	"

"A.R. 23.5.2001" (en vigueur 15.6.2001)
"1°bis. Dépistage par mammographie."

				"A.R. 23.5.2001" (en vigueur 15.6.2001) + Erratum M.B. 23.6.2001 + "A.R. 25.2.2003" (en vigueur 1.5.2003)			
"		450192	450203	Mammographie des deux seins dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité	N	120	

Cette prestation ne peut être attestée que chez les femmes à partir du premier jour de l'année civile au cours de laquelle elles atteignent l'âge de 50 ans, jusqu'au dernier jour de l'année civile au cours de laquelle elles atteignent l'âge de 69 ans et ceci, une seule fois toutes les deux années civiles. Elle n'est pas soumise aux dispositions de l'article 1er, § 4bis." "

				"A.R. 23.5.2001" (en vigueur 15.6.2001) + "A.R. 25.2.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 25.11.2015" (en vigueur 1.2.2016)			
"				"Cette prestation ne peut être remboursée qu'après attestation, par un second lecteur, du numéro 450214-450225 pour la même assurée."			"
				"A.R. 23.5.2001" (en vigueur 15.6.2001) + "A.R. 25.2.2003" (en vigueur 1.5.2003)			
"		450214	450225	Deuxième lecture de mammographie de dépistage, des deux seins, dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité	N	12	

Ces prestations ne peuvent être cumulées le même jour avec une des prestations suivantes : 450096-450100, 460132-460143 et 460972, sauf en ce qui concerne ce dernier numéro, si ces honoraires forfaitaires sont dus pour une autre prestation." "

"A.R. 25.11.2015" (en vigueur 1.2.2016)

" 450354 450365 Mammographie des deux seins effectuée dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez les femmes asymptomatiques ayant un profil de risque très élevé N 120

La prestation 450354-450365 est seulement remboursée une fois par an. Si cet examen est effectué plus d'une fois par an, il est attesté uniquement moyennant une motivation dans le dossier médical.

Les prestations 450354-450365, 459830-459841, 461134-461145 peuvent être attestées uniquement en cas de facteurs de risque élevé. Ce qui signifie un risque de 30% ou plus d'avoir un cancer du sein au cours de sa vie ("life time risk").

Les facteurs de risque démontrant un risque très élevé doivent être envoyés par le prescripteur via un formulaire de notification au médecin-conseil (une seule fois). Les modalités de ce formulaire de notification sont déterminées par le Comité de l'assurance soins de santé.

La prescription mentionne le profil de risque très élevé.

La prestation 450354-450365 ne peut être cumulée le même jour avec la prestation 460972, sauf si ces honoraires forfaitaires sont dus pour une autre prestation.

Les prestations 450354-450365, 459830-459841, 461134-461145 ne peuvent être cumulées le même jour avec une des prestations suivantes : 450192-450203, 450096-450100, 460132-460143, 459476-459480.

Si la mammographie, l'échographie et/ou l'IRM sont effectuées par des médecins différents, ils doivent s'informer mutuellement des résultats de l'examen qu'ils ont effectué.

Les prestations 450192-450203, 450214-450225, 450354-450365, 459830-459841, 461134-461145 sont également attestées en cas d'absence d'un sein." "

2° Urologie :

				"A.R. 25.7.1994" (en vigueur 1.11.1994) + "A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001)		
"	5010	450516	450520	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésicale pour examen direct sans manipulation ni moyen de contraste, quel que soit le nombre de clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450015-450026, 451010-451021 et 455276-455280 effectuées le même jour)	N	35 "
				"A.R. 25.7.1994" (en vigueur 1.11.1994)		
"	5011	450531	450542	Urographie intraveineuse, y compris l'examen sans préparation opaque, quelle que soit la technique d'I.V., pratiqué le même jour, y compris les tomographies, minimum 4 clichés	N	130 "
	5014	450590	450601	Cystographie ascendante minimum 3 clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450634-450645, 450671-450682 et 450715-450726)	N	50
	5016	450634	450645	Cysto-urétrographie mictionnelle et/ou urétrographie ascendante et/ou ponction suspubienne, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 5 clichés	N	85
	5018	450671	450682	Pyélographie ascendante unilatérale, y compris le cliché sans préparation opaque pratiqué le même jour, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	75
	5020	450715	450726	Pyélographie ascendante bilatérale en une seule séance, y compris le cliché sans préparation opaque pratiqué le même jour, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	100

3° Appareil digestif :

				"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999) + "A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001) + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)		
"	5030	451010	451021	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésiculaire pour examen direct, sans manipulation ni moyens de contraste, quel que soit le nombre de clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450015-450026, 450516-450520, 451312-451323, 451356-451360, 451393-451404, 451430-451441, 451474-451485, 451511-451522, 451710-451721, 451754-451765, 451813-451824, 451894-451905 et 455276-455280 effectuées le même jour)	N	45 "
	5033	451076	451080	Radiographie du mécanisme de déglutition pharynx-hypopharynx, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 6 clichés	N	85

5078	451091	451102	Supplément au cas où la prestation 451076-451080 est complétée par un enregistrement magnétique des images	N	25
5035	451135	451146	Radiographie de l'oesophage avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 6 clichés	N	50
5043	451312	451323	Radiographie du transit de la région iléocoecale avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 4 clichés	N	95
5045	451356	451360	Radiographie du transit complet du grêle, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 2 clichés	N	135
5047	451393	451404	Radiographie de l'oesophage (minimum 6 clichés), et de l'estomac (minimum 2 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	105
5049	451430	451441	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés), et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	165
5051	451474	451485	Radiographie de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), et du transit du grêle, y compris éventuellement la région iléocoecale et le côlon (minimum 6 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	175
5053	451511	451522	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés) et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés) et du transit du grêle, y compris éventuellement la région iléocoecale et le côlon (minimum 6 clichés) avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	230
5058	451614	451625	Cholangiographie postopératoire, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 6 clichés	N	80
5063	451710	451721	Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléocoecale, par lavement baryté après remplissage, évacuation et éventuellement insufflation, minimum 4 clichés avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	135
5065	451754	451765	Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléocoecale, par lavement baryté après remplissage, évacuation et insufflation par la technique du double contraste, minimum 8 clichés avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	200

5066	451776	451780	Cholécysto- et/ou cholangiographie peropératoire au cours d'une intervention chirurgicale pratiquée en salle d'opération sous anesthésie générale	N	50
			La prestation n° 451776-451780 ne peut être portée en compte lors de l'exécution de la prestation n° 242476-242480.		
5067	451813	451824	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires (minimum 10 clichés) non cumulable avec la prestation n° 451894-451905, effectuée le même jour	N	175
	451894	451905	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires, avec papillectomie (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation n° 451813-451824, effectuée le même jour	N	200
			"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 23.1.2013" (en vigueur 1.2.2013)		
" 5068	451835	451846	Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision sans prise de clichés avec des moyens de contraste au cours des prestations n°s 473093-473104, 473174-473185, 473211-473222 et 473432-473443, examen fait en dehors de la salle d'opération	N	75 "
5029	451850	451861	Cholangiographie percutanée, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 3 clichés, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	N	100
			4° Système respiratoire :		
5070	452690	452701	Radiographie du thorax et de son contenu, un cliché	N	25
5071	452712	452723	Radiographie du thorax et de son contenu, minimum 2 clichés	N	30
			"A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)		
"			"Les prestations 452690-452701 et 452712-452723 ne peuvent être remboursées en préopératoire pour des assurés de moins de 45 ans qu'en présence d'une affection cardiorespiratoire sévère, dont le classement ASA doit être gardé dans le dossier médical." "		
			"A.R. 25.7.1994" (en vigueur 1.11.1994) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]		
			"Les prestations n°s 452690-452701 et 452712-452723 ne sont pas cumulables avec la prestation 455335-455346."		
5075	452793	452804	Radiographie du larynx, avec trachée éventuellement, sans préparation opaque, minimum 2 clichés	N	35

5° Système vasculaire :

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

453552 453563 Angiographie digitale du ventricule droit et/ou artère pulmonaire (minimum une incidence) N 270

Toutes les manipulations indispensables pour effectuer les examens sont comprises dans la prestation 453552-453563.

453154 453165 Artériographie digitale viscérale après cathétérisme sélectif d'une artère viscérale à partir de son origine N 300

453176 453180 Artériographie digitale viscérale multiple, après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, quel que soit le nombre d'artères N 350

453235 453246 Angiographie digitale de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec la prestation n° 453294-453305, effectuée le même jour) N 160

453272 453283 Angiographie digitale de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs N 250

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 29.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 12.5.2024" (en vigueur 1.7.2024)

453574 453585 Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque N 745

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.1.2023" (en vigueur 1.4.2023)

"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."

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 29.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 12.5.2024" (en vigueur 1.7.2024)

453596 453600 Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage N 838

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.1.2023" (en vigueur 1.4.2023)

"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."

Toutes les manipulations indispensables pour effectuer les examens sont comprises dans les prestations 453574-453585 et 453596-453600.

Les prestations 453574-453585 et 453596-453600 ne sont remboursables que si elles ont été demandées et effectuées selon les "guidelines" de la "European Society of Cardiology".

En cas de cardiopathie ischémique chronique, les prestations 453574-453585 et 453596-453600 ne peuvent être portées en compte qu'après avoir effectué au moins un test préalable d'ischémie fonctionnelle du myocarde (test d'effort, écho-stress, 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.

Les prestations 453574-453585 et 453596-453600 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 476055-476066.

"A.R. 19.1.2023" (en vigueur 1.4.2023)
"Les prestations 453574-453585 et 453596-453600 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 589013-589024 et 589035-589046 le même jour."

453294	453305	Artériographie digitale d'une ou des artères d'un membre	N	140
453471	453482	Artériographie digitale peropératoire de l'artère carotide	N	60
453316	453320	Angiographie digitale de la veine cave et/ou phlébographie viscérale	N	160
453390	453401	Phlébographie digitale viscérale sélective après cathétérisme d'une veine viscérale à partir de son origine	N	300
453412	453423	Phlébographie digitale viscérale sélective multiple après cathétérismede plusieurs veines viscérales à partir de leur origine : quel que soit le nombre de veines	N	300
453331	453342	Phlébographie digitale d'un membre ou d'un segment de membre	N	125

Les honoraires pour les radiographies éventuelles des phases veineuses et capillaires sont compris dans les honoraires pour les artériographies.

Les prestations nos 453154-453165, 453176-453180, 453235-453246, 453272-453283, 453294-453305, 453316-453320, 453552-453563, 453574-453585 et 453596-453600 comprennent les examens éventuels sans produit de contraste au cours de la même vacation.

453515	453526	*supprimées par l'A.R. du 18.5.2026 (en vigueur 1.7.2026)*
453530	453541	*supprimées par l'A.R. du 18.5.2026 (en vigueur 1.7.2026)*

"A.R. 19.1.2023" (en vigueur 1.4.2023)
"Pour chaque région artérielle explorée telle qu'elle est décrite dans les prestations de la nomenclature, obtenue à partir d'une administration locale séparée de produit de contraste, quel que soit le nombre d'injections de produit de contraste, le numéro de la prestation correspondante peut être porté en compte. En lieu et place du nombre de clichés requis il faut fournir, pour chaque région qui est portée en compte, une documentation sur film transparent des images significatives. Les prestations nos 459211-459222, 459233-459244, 459255-459266 ne peuvent pas être portées en compte en supplément."

"A.R. 17.1.2022" (en vigueur 1.4.2022)
"6° Neurologie :

454016	454020	Angiographie cérébrale d'une artère carotide	N	250
454031	454042	Angiographie cérébrale de l'artère carotide bilatérale	N	425
		Les prestations 454016-454020 et 454031-454042 ne sont pas cumulables entre elles.		
454053	454064	Angiographie cérébrale d'une artère vertébrale	N	250
454075	454086	Angiographie cérébrale de l'artère vertébrale bilatérale	N	425
		Les prestations 454053-454064 et 454075-454086 ne sont pas cumulables entre elles.		

Les honoraires pour les radiographies éventuelles des phases veineuses et capillaires sont compris dans les honoraires pour les angiographies. "

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)
"7° Système ostéo-articulaire :

"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999)

455011	455022	Radiographie d'un ou plusieurs doigt(s) avec visualisation des phalanges et des extrémités distales des métacarpiens, minimum 2 clichés, par main	N	28
455033	455044	Radiographie de la main, avec visualisation du métacarpe et du carpe, minimum 2 clichés	N	28
455055	455066	Radiographie du poignet, avec visualisation de l'articulation, du carpe proximal et des extrémités distales du radius et du cubitus, minimum 2 clichés	N	28
455070	455081	Radiographie de l'avant-bras, avec visualisation de la diaphyse du radius, du cubitus et de l'articulation distale ou proximale, minimum 2 clichés	N	28
		Maximum 2 des prestations 455011-455022, 455033-455044, 455055-455066 et 455070-455081 peuvent être portées en compte par côté.		

455092	455103	Radiographie du coude, avec visualisation de l'articulation, minimum 2 clichés	N	28
455114	455125	Radiographie du bras, avec visualisation de la diaphyse de l'humérus et de l'articulation distale ou proximale, minimum 2 clichés	N	35
455136	455140	Radiographie de l'épaule, avec visualisation de l'articulation scapulo-humérale, minimum 2 clichés	N	35
455814	455825	Radiographie de l'omoplate, minimum 2 clichés	N	28
455836	455840	Radiographie de la clavicule avec visualisation des articulations acromio-claviculaire et sterno-claviculaire, minimum 2 clichés	N	28
		Les prestations 455136-455140, 455814-455825 et 455836-455840 ne sont pas cumulables entre elles.		
455151	455162	Radiographie d'un ou plusieurs orteil(s), avec visualisation des phalanges et des métatarsiens, minimum 2 clichés, par pied	N	28
455173	455184	Radiographie du pied, avec visualisation des métatarsiens et du tarse, minimum 2 clichés	N	28
455195	455206	Radiographie de la cheville, avec visualisation de l'articulation et des extrémités distales du tibia et du péroné, minimum 2 clichés	N	28
455210	455221	Radiographie de la jambe, avec visualisation de la diaphyse du tibia, du péroné et de l'articulation distale ou proximale, minimum 2 clichés	N	28
		Maximum 2 des prestations 455151-455162, 455173-455184, 455195-455206 et 455210-455221 peuvent être portées en compte par côté.		
455232	455243	Radiographie du genou, avec visualisation de l'articulation fémoro-tibiale et de la rotule, minimum 2 clichés	N	40
455851	455862	Radiographie du fémur, avec visualisation de la diaphyse fémorale et de l'articulation distale ou proximale, minimum 2 clichés	N	40
455254	455265	Radiographie de la hanche, avec visualisation de l'articulation coxo-fémorale, minimum 2 clichés	N	40
455276	455280	Radiographie du bassin, au minimum un cliché du bassin de face dans son ensemble	N	35
		Maximum 2 des prestations 455851-455862, 455254-455265 et 455276-455280 peuvent être portées en compte par côté.		

455291	455302	Mensuration comparative par scanométrie ou téléradiographie des deux membres inférieurs dans leur ensemble	N	90
455335	455346	Radiographie du gril costal, minimum 2 clichés	N	47

La prestation n° 455335-455346 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 452690-452701 et 452712-452723.

455873	455884	Radiographie du sternum, minimum 1 cliché	N	28
455394	455405	Radiographie de la colonne cervicale, y compris éventuellement la charnière occipito-cervicale, minimum 3 clichés	N	80
455416	455420	Radiographie de la colonne dorsale, minimum 3 clichés	N	70
455475	455486	Radiographie de la colonne lombaire, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 3 clichés	N	90

"A.R. 6.3.2013" (en vigueur 1.4.2013)
"La prestation 455475-455486 est remboursable si elle répond aux indications décrites dans le document de référence « Recommandations en matière de prescription de l'imagerie médicale » proposé par le Concilium Radiologicum et publié auprès du Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

S'il est dérogé à ces indications, la motivation détaillée est conservée dans le dossier médical.

La prestation 455475-455486 ne peut pas être attestée pour les lombalgies aspécifiques.

La prestation 455475-455486 ne peut être attestée à nouveau qu'après une période d'un an.

Si l'examen doit être répété endéans l'année pour des raisons médicales, la motivation doit être à la disposition du médecin-conseil dans le dossier du patient."

"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999)

455534	455545	Radiographie de la région sacro-coccygienne ou de l'articulation sacro-iliaque, minimum 2 clichés	N	35

Les prestations n°s 455276-455280 et 455475-455486 ne sont pas cumulables avec la prestation n° 455534-455545.

455593	455604	Etude radiographique de la statique de la colonne vertébrale dans son ensemble, minimum un cliché, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires	N	60

455630 455641 Radiographie du crâne, de la face et des sinus ou des mastoïdes ou des rochers ou des articulations temporo-maxillaires ou des orbites ou des trous optiques ou des fentes sphénoïdales, minimum deux clichés, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires N 65

"A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)
"La prestation 455630-455641 lors d'un traumatisme n'est remboursée qu'en cas de traumatisme facial majeur ou pour les enfants de moins de 5 ans."

"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999)
"Les honoraires pour les prestations n°s 307112-307123 et 307134-307145 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour la prestation n° 455630-455641.

455696 455700 Radiographie des os nasaux N 28

"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999) + "A.R. 13.5.2023" (en vigueur 1.8.2023)
455711 455722 Arthrographie, minimum quatre clichés, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires N 110

"A.R. 2.6.2010" (en vigueur 1.8.2010)
455895 455906 Examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie (Dual Energy X-ray Absorptiometry : DXA) pour déterminer le T-score, calculé au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) et de la hanche (zone totale ou zone propre du col) N 72

L'examen est remboursé chez les patients suivants :

1° groupe 1 : femmes de plus de 65 ans ayant des antécédents familiaux d'ostéoporose à savoir une fracture de la hanche chez un membre de la famille au premier ou au deuxième degré;

2° groupe 2 : quel que soit l'âge ou le sexe si au moins un des facteurs de risque suivants est présent :

a) fracture low impact non oncologique de la colonne;

b) antécédents de fracture low impact périphérique à l'exclusion d'une fracture au niveau des doigts, des orteils, du crâne, de la face ou de la colonne vertébrale cervicale;

c) patients présentant une corticothérapie prescrite de plus de trois mois consécutive à un équivalent de > 7.5 mg prednisolone/jour;

d) patients oncologiques sous thérapie anti-hormonale ou en ménopause à la suite d'une thérapie oncologique;

e) patients atteints au moins d'une des affections à risque suivantes :

1° arthrite rhumatoïde;

2° hyperthyroïdie évolutive non traitée;

3° hyperprolactinémie;

4° hypogonadisme de longue durée (y compris orchidectomie thérapeutique ou traitement de longue durée par « gonadotrophine-releasing-hormone » (GnRH) analogue);

5° hypercalciurie rénale;

6° hyperparathyréoïdie primaire;

7° osteogenesis imperfecta;

8° Maladie/Syndrome de Cushing;

9° anorexia nervosa avec Body Mass Index < 19 kg/m2;

10° ménopause précoce (< 45 ans).

L'examen peut être renouvelé après cinq ans, selon les mêmes règles d'application.

Le médecin demandeur communique dans tous les cas les variables de risque clinique suivantes au médecin exécutant, à savoir l'âge exact, le sexe, le poids, la taille, antécédents de fracture ou non, fractures de la hanche dans la famille jusqu'au second degré, tabagisme, utilisation de corticoïdes, arthrite rhumatoïde, ostéoporose secondaire et utilisation de plus de 3 unités d'alcool par jour. "

"A.R. 31.8.2022" (en vigueur 1.11.2022)
"Le médecin exécutant est autorisé par l'Agence fédérale de contrôle nucléaire et satisfait aux dispositions de l'arrêté royal du 13 février 2020 relatif aux expositions médicales et aux expositions à des fins d'imagerie non médicale avec des équipements radiologiques médicaux. "

"A.R. 2.6.2010" (en vigueur 1.8.2010)
"Les résultats DXA sont exprimés sous forme de valeurs BMD standardisées.

Le médecin exécutant détermine, sur la base du résultat de l'ostéodensitométrie et des variables de risque clinique communiquées par le demandeur, un risque de fracture global à l'aide de l'algorithme FRAX.

FRAX est un algorithme développé par l'Organisation mondiale de la santé Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, situé à l'University of Sheffield Medical School, qui calcule une probabilité de 10 ans sur une fracture et l'exprime en pourcentage."

8° Crâne, face : radiographies oto-rhino-laryngologiques et ophtalmologiques spéciales :
Prestations supprimées par l'A.R. du 30.5.2001 (en vigueur 1.6.2001)

9° Tomographies:
Prestations supprimées par l'A.R. du 30.5.2001 (en vigueur 1.6.2001)

10° Manipulations :
Prestations supprimées par l'A.R. du 30.5.2001 (en vigueur 1.6.2001)

11° Tomographies par ordinateur.

"A.R. 7.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) + "A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016)

458673	458684	Tomographie du crâne commandée par ordinateur, avec ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 10 coupes au minimum pour l'ensemble de l'examen	N	180

"A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)
"La prestation 458673-458684 lors d'un traumatisme n'est remboursée que dans une des situations suivantes :

1. Symptômes neurologiques généralisés ou focaux.

2. Lacération jusque sur l'os ou de plus de 5 cm.

3. Histoire ou examen inadéquat (épilepsie, alcool, enfant, etc…)

4. Suspicion de lésion intentionnelle ou fontanelle bombante chez l'enfant de moins de 5 ans.

5. Suspicion de corps étranger ou lésion crânienne pénétrante.

6. Fracture crânienne ou diastase sur RX du crâne ou perte de liquide céphalo-rachidien par écoulement nasal ou perte de liquide céphalo-rachidien ou de sang par écoulement auriculaire."

459874	459885	*supprimées par l'A.R. du 18.5.2026 (en vigueur 1.7.2026)*		

"A.R. 7.11.2011" (en vigueur 1.2.2012)

459675	459686	Tomographie commandée par ordinateur (CT) avec moyen de contraste du massif facial	N	180

"A.R. 7.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) + "A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015)

459690	459701	Tomographie commandée par ordinateur (CT) sans moyen de contraste du massif facial	N	117

"A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"La prestation 459690-459701 ne peut pas être attestée pour des applications dentaires.

458953	458964	Tomographie commandée par ordinateur (CT) sans contraste de la mâchoire supérieure et/ou de la mâchoire inférieure	N	117

La prestation 458953-458964 est seulement attestable si une des conditions suivantes est remplie :

a) lors du planning préopératoire en cas d'autotransplantation et dans le cadre du placement d'implants dentaires, comme décrit dans les prestations 308512-308523, 308534-308545;

b) lors d'une anomalie dentaire congénitale;

c) en cas de présomption et/ou de suivi de traumatismes dento-alvéolaires dans le cadre des interventions telles qu'elles sont décrites dans la prestation 312756-312760;

d) en cas de présomption d'une interrelation entre le canal mandibulaire et une dent de sagesse dans le cadre d'une extraction de dent de sagesse;

e) en cas de problématique d'éruption avec impactions d'éléments définitifs, surnuméraires ou supplémentaires;

f) en cas de problématique d'articulation de la mâchoire liée à l'os;

g) en cas de diagnostic et/ou d'approche thérapeutique de tumeurs et de kystes bénins d'os de la mâchoire*;*

h) lors de la préparation d'une chirurgie maxillofaciale remboursable*.*

L'indication pour laquelle l'examen CT est réalisé fait partie du dossier du patient et est à la disposition du médecin-conseil. "

"A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 4.9.2022" (en vigueur 1.12.2022)
"La prestation 458953-458964 est uniquement attestable sur prescription du médecin spécialiste en stomatologie, du médecin spécialiste en pédiatrie, du médecin spécialiste en médecine d'urgence, du médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, du médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, du médecin spécialiste en médecine aiguë, du médecin porteur du brevet de médecine aiguë et du praticien de l'art dentaire porteur d'un titre professionnel particulier."

"A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018)

458732	458743	Tomographie des rochers et/ou de la selle turcique, commandée par ordinateur, avec ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, dans une série successive de coupes égales ou inférieures à 2 mm : 20 coupes au minimum	N	275

"A.R. 14.7.2010" (en vigueur 1.10.2010)

458813	458824	Tomographie commandée par ordinateur, du cou (parties molles) avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 15 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen	N	260

"A.R. 5.4.2011" (en vigueur 1.6.2011)

458452	458463	Supplément à une tomographie commandée par ordinateur de l'abdomen au moyen d'un multidétecteur CT avec minimum 4 détecteurs, après insufflation CO2, avec image en double contraste virtuelle dans minimum deux positions différentes et images endo 3D de minimum trois segments différents du colon	N	193

Cette prestation est à effectuer uniquement chez les patients après colonoscopie non conclusive ou avec contre-indication médicale pour colonoscopie.

La justification de la colonoscopie non conclusive ou de la contre-indication médicale doit être mise à la disposition du médecin-conseil dans le dossier du patient."

"A.R. 14.7.2010" (en vigueur 1.10.2010)

459550	459561	Tomographie commandée par ordinateur, du thorax avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 15 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen	N	260
459572	459583	Tomographie commandée par ordinateur, de l'abdomen, avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 15 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen	N	260
459594	459605	Tomographie commandée par ordinateur du cou et du thorax, avec/ ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 30 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen	N	455
459616	459620	Tomographie commandée par ordinateur du thorax et de l'abdomen, avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 30 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen	N	455

"A.R. 5.12.2021" (en vigueur 1.2.2022)

457973	457984	Majoration pour une tomographie commandée par ordinateur du thorax et de l'abdomen (459616-459620) préopératoire exécutée pour la préparation de la procédure TAVI (CT pré-TAVI), avec moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, pour l'ensemble de l'examen.	N	130

La prestation 457973-457984 peut être attestée uniquement une seule fois au cours de la vie d'un patient. "

"A.R. 14.7.2010" (en vigueur 1.10.2010)

459631	459642	Tomographie commandée par ordinateur du cou, du thorax et de l'abdomen, avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 30 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen	N	455

"A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016)

459896	459900	Tomographie commandée par ordinateur, avec ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, effectuée simultanément avec un examen PET qui comprend au moins un cliché de la région du cou jusqu'à l'abdomen, à des fins diagnostiques	N	455

La prestation 459896-459900 peut uniquement être attestée avec une des prestations 442750-442761, 442971-442982 ou 442713-442724.

"A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016) + "A.R. 18.5.2026" (en vigueur 1.7.2026)
"La prestation 459896-459900 ne peut pas être attestée dans une période de 30 jours suivant l'attestation des prestations 459616-459620 ou 459631-459642.

La prestation 459896-459900 peut uniquement être prescrite par un médecin spécialiste."

"A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016)
Tomographie commandée par ordinateur, d'un niveau sous forme d'un corps vertébral ou d'un espace intervertébral avec ou sans moyen de contraste, 6 coupes au minimum :

458835	458846	- pour un niveau	N	120

"A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)

458850	458861	- pour deux ou plusieurs niveaux du rachis cervical	N	180
457855	457866	- pour deux ou plusieurs niveaux du rachis thoracique	N	180
457870	457881	- pour deux ou plusieurs niveaux du rachis lombosacré	N	180
457892	457903	- pour un examen du rachis entier ou pour une combinaison de deux des examens des rachis cervical, thoracique ou lombosacré	N	180

Les prestations 458850-458861, 457855-457866, 457870-457881, 457892-457903 ne peuvent être cumulées dans une période de 30 jours, à moins d'une motivation au dossier médical du patient."

"A.R. 18.5.2026" (en vigueur 1.7.2026)
"Les prestations 458835-458846, 458850-458861, 457855-457866, 457870-457881 et 457892-457903 peuvent uniquement être attestées sur prescription d'un médecin spécialiste en neurochirurgie, neurologie, médecine physique et en réadaptation, chirurgie orthopédique, médecine d'urgence, médecine aigüe, rhumatologie, anesthésiologie-réanimation, oncologie médicale, radiothérapie-oncologie, gériatrie ou médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique.

Les prestations 458835-458846, 458850-458861, 457855-457866, 457870-457881 et 457892-457903 peuvent être attestées sur prescription d'un médecin spécialiste en chirurgie si il exerce à plus de 75% d'une activité à temps plein en chirurgie de la colonne vertébrale. "

"A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

458872	458883	Tomographie commandée par ordinateur, d'un ou de plusieurs membres, avec et/ou sans moyen de contraste, 6 coupes au minimum pour l'ensemble de l'examen	N	100

"A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

458894	458905	Tomographie commandée par ordinateur, d'une articulation d'un ou de plusieurs membres, y compris l'injection du produit de contraste sous contrôle scopique et les clichés éventuels, minimum 10 coupes	N	190

"A.R. 25.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)
"La prestation 458894-458905 ne peut pas être cumulée avec la prestation 455711-455722 ni avec la prestation 458872-458883."

"A.R. 5.4.2011" (en vigueur 1.6.2011)

458570	458581	Tomographie commandée par ordinateur du cœur, avec moyen de contraste, avec évaluation de l'anatomie coronaire, y compris les séries éventuelles de scanners sans contraste	N	330

La prestation 458570-458581 n'est attestée que sur prescription du médecin spécialiste en cardiologie.

La prestation 458570-458581 n'est attestée que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

a) pour des patients présentant une "angine de poitrine" atypique, avec un "risque intermédiaire" selon les critères décrits dans les "European Society of Cardiology (ECS) Guidelines";

b) et pour lesquels soit on ne peut pas tirer de conclusion claire des tests non invasifs antérieurs pour l'ischémie myocardique, ou soit la réalisation de tests non invasifs pour l'ischémie myocardique s'avère impossible ou contre-indiquée.

La motivation reprenant l'indication pour l'examen est mentionnée sur la prescription.

Cette motivation et indication sont reprises dans le rapport de l'examen.

Le rapport de l'examen est tenu à la disposition du médecin conseil.

Toutes ces données font partie du dossier médical du médecin spécialiste prescripteur.

La prestation 458570-458581 ne peut pas être cumulée avec la prestation 459550-459561.

Dans le cas où la prestation 458570-458581 doit être interrompue après une première série de scanners sans contraste, seule la prestation 459550-459561 peut être attestée.

458592 458603 Tomographie commandée par ordinateur du cœur, avec moyen de contraste, avec évaluation de la morphologie des gros vaisseaux sanguins et du cœur chez les enfants présentant une anomalie congénitale cardiaque N 330

La prestation 458592-458603 n'est attestée que sur prescription du médecin spécialiste en pédiatrie ou en cardiologie.

La prestation 458592-458603 ne peut pas être cumulée avec la prestation 459550-459561."

"A.R. 25.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)
"Une prestation réalisée au moyen d'une tomographie commandée par ordinateur (CT) ou au moyen d'une tomographie à faisceau conique (Cone Beam) commandée par ordinateur (CBCT) ne peut être portée en compte à nouveau qu'après une période de 30 jours."

"A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998)
"Si on répète l'examen dans le délai de 30 jours pour raison médicale, la motivation doit être à la disposition du médecin-conseil dans le dossier du patient."

"A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016)
459911 459922 Tomographie commandée par ordinateur, avec ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, effectuée simultanément avec un examen PET qui comprend au moins la région du thorax, à des fins diagnostiques N 260

La prestation 459911-459922 peut uniquement être attestée avec une des prestations 442971-442982 ou 442676-442680.

La prestation 459911-459922 peut uniquement être prescrite par un médecin spécialiste."

"A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.6.2016)
459351 459362 Tomographie commandée par ordinateur du bassin et/ou de la colonne vertébrale, du crâne ou du thorax, avec ou sans moyen de contraste, avec fusion d'images, lors d'un examen SPECT-CT, réalisé au moyen d'un appareil SPECT-CT N 180

459373 459384 Tomographie commandée par ordinateur d'un ou plusieurs membres, avec ou sans moyen de contraste, avec fusion d'images, lors d'un examen SPECT-CT, réalisé au moyen d'un appareil SPECT-CT N 100

Les prestations 459351-459362 et 459373-459384 ne peuvent pas être cumulées entre-elles.

Les prestations 459351-459362, 459373-459384, ne sont pas cumulables avec une autre prestation de l'article 17, § 1er, 11°.

Les prestations 459351-459362, 459373-459384, ne peuvent être attestées que s'il s'agit d'un "examen CT diagnostique".

Les prestations 459351-459362 et 459373-459384 sont attestables à partir du 1er juin 2016."

"A.R. 29.8.2019" (en vigueur 1.11.2019)

458990	459001	CT de localisation peropératoire exécuté lors d'une intervention chirurgicale prévue à l'article 14 avec un appareil CT déplaçable ou mobile	N	120

La prestation 458990-459001 ne peut pas être cumulée avec un autre examen CT de l'article 17, § 1er, 11°, effectué avec le même appareil.

La prestation 458990-459001 ne peut pas être cumulée avec les prestations 459115-459126, 459071-459082.

La prestation 458990-459001 ne peut être portée en compte qu'une fois par séance opératoire. "

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 13.8.1999)

"11°bis Résonance magnétique nucléaire.

4

- prestations uniquement remboursables lorsque exécutées par un médecin spécialiste en radio-diagnostic dans un service agréé (appareil agréé);

- les examens d'IRM comportent au moins 3 séquences."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 13.8.1999) + "A.R. 15.6.2005" (en vigueur 1.7.2005)

459395	459406	Examen d'IRM de la tête (crâne, encéphale, rocher, hypophyse, sinus, orbite(s) ou articulations de la mâchoire), minimum 3 séquences avec ou sans contraste, avec enregistrement soit sur support optique, soit électromagnétique	N	180
459410	459421	Examen d'IRM du cou ou du thorax ou de l'abdomen ou du bassin, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support soit optique, soit électro-magnétique	N	260

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 13.8.1999)

459432	459443	Angiographie par résonance magnétique des vaisseaux du cou ou des vaisseaux sanguins du thorax ou de l'abdomen ou du pelvis ou d'un membre, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support, soit optique, soit électromagnétique	N	350

459454	459465	Etude morphologique et fonctionnelle par résonance magnétique du cœur avec mesure de la fonction cardiaque globale et/ou régionale, minimum 3 séquences, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique	N	350
459476	459480	Examen d'IRM d'un ou des deux seins, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique	N	300

"A.R. 25.11.2015" (en vigueur 1.2.2016)

459830	459841	IRM des deux seins dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez des femmes asymptomatiques ayant un profil de risque très élevé, comme défini à l'article 17, § 1er, 1°bis	N	350

La prestation 459830-459841 est attestée une fois par an.

La prescription mentionne le profil de risque très élevé.

Les dispositions générales du § 1er, 11°bis, s'appliquent intégralement à la prestation 459830-459841."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 13.8.1999) + "A.R. 15.6.2005" (en vigueur 1.7.2005) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)

459491	459502	Examen d'IRM du rachis cervical, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support, soit optique, soit électromagnétique	N	180

"A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)

457914	457925	Examen d'IRM du rachis thoracique, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support, soit optique, soit électromagnétique	N	180
457936	457940	Examen d'IRM du rachis lombosacré, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support, soit optique, soit électromagnétique	N	180
457951	457962	Examen d'IRM du rachis entier ou combinaison de deux des examens d'IRM des rachis cervical, thoracique ou lombosacré, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support, soit optique, soit électromagnétique	N	180

Les prestations 459491-459502, 457914-457925, 457936-457940, 457951-457962 ne peuvent être cumulées dans une période de 30 jours, à moins d'une motivation au dossier médical du patient."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 13.8.1999) + "A.R. 15.6.2005" (en vigueur 1.7.2005)

459513	459524	Examen d'IRM d'un membre, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique	N	100

"A.R. 17.5.2021" (en vigueur 1.8.2021)
"Pour un examen de la même articulation, la prestation 459513-459524 ne peut être cumulée avec les prestations 455711-455722, 458894-458905, 458496-458500.

	458975	458986	Examen d'IRM d'une articulation d'un membre, y compris l'injection du produit de contraste intra-articulaire, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique	N	250

"A.R. 17.5.2021" (en vigueur 1.8.2021) "A.R. 13.5.2023" (en vigueur 1.8.2023)
La prestation 458975-458986 est uniquement attestable pour un examen de l'articulation de l'épaule dans le cadre d'un syndrôme d'épaule instable, d'une stadification préopératoire en cas de déchirure complète de la coiffe des rotateurs ou d'une suspicion clinique de déchirure partielle de la coiffe des rotateurs avec examen RX et échographie normaux.

"A.R. 17.5.2021" (en vigueur 1.8.2021)
La prestation 458975-458986 ne peut être cumulée avec les prestations 455711-455722, 459513-459524, 458894-458905, 458496-458500.

La prestation 458975-458986 ne peut être remboursée qu'une fois par jour par patient.

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 13.8.1999) + Erratum (M.B. 30.6.1999) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)

	459535	459546	Etude fonctionnelle par résonance magnétique de l'encéphale (technique Bold) avec collecte séquentielle des données avec analyse quantitative via un système de comptage (ordinateur) avec courbes d'activité dans le temps et/ou tableaux de mesures et/ou images paramétriques, minimum 3 séquences, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique	N	500

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 13.8.1999) + Erratum (M.B. 30.6.1999) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 17.5.2021" (en vigueur 1.8.2021)
"La prestation 459535-459546 n'est remboursable qu'une seule fois par an. Parmi les prestations 459395-459406, 459410-459421, 459432-459443, 459454-459465, 459476-459480, 459491-459502, 459513-459524, 457914-457925, 457936-457940, 457951-457962, 459535-459546, 458975-458986, une seule peut être portée en compte par jour. "

"A.R. 17.7.2023" (en vigueur 1.9.2024)

"	457796	457800	Supplément d'honoraires pour les prestations 459395 - 459406, 459410 - 459421, 459432 - 459443, 459454 - 459465, 459491 - 459502, 457914 - 457925, 457936 - 457940, 457951 – 457962 et 459513 – 459524 pour un examen IRM combiné, effectué sous anesthésie générale avec contrôle des voies aériennes (masque laryngé ou tube endotrachéal), réalisé au cours de la même séance	N	260

La prestation 457796 - 457800 ne peut être portée en compte qu'une fois par jour en combinaison avec l'une des prestations suivantes : 459395 - 459406, 459410 - 459421, 459432 - 459443, 459454 - 459465, 459491 - 459502, 457914 - 457925, 457936 - 457940, 457951 – 457962 et 459513 - 459524.

La prestation 457796 - 457800 ne peut pas être répétée dans une période de 30 jours, sauf motivation incluse dans le dossier médical du patient. "

"A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015)
"11°ter Tomographies à faisceau conique (Cone beam) commandées par ordinateur.

"A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015) + "A.R. 19.12.2018" (en vigueur 1.3.2019)

459852	459863	Tomographie à faisceau conique (Cone Beam) commandée par ordinateur (CBCT) sans moyen de contraste du massif facial	N 117

"A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015)
"La prestation 459852-459863 ne peut être portée en compte pour des applications dentaires."

"A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015) + "A.R. 19.12.2018" (en vigueur 1.3.2019)

458474	458485	Tomographie à faisceau conique commandée par ordinateur (CBCT) sans moyen de contraste d'un membre, pour l'ensemble de l'examen	N 100

La prestation 458474-458485 ne peut être attestée que quand au moins une des conditions suivantes est remplie :

1) la radiographie n'a pas fourni suffisamment d'informations :

a) pour la réévaluation ou le suivi de fractures subtiles ou complexes, d'une fracture d'arrachement (avulsion), de subluxations;

b) pour le diagnostic ou la réévaluation d'une lésion cliniquement suspecte de fracture en cas de radiographies préalables négatives;

c) pour l'évaluation d'une guérison retardée ou "non-union";

2) en cas d'évaluation ou de planning pré-opératoire d'une fracture de dislocation complexe;

3) en cas de contrôle post-opératoire de l'os périphérique avec présence de matériel d'ostéosynthèse ou de complications chirurgicales.

458496	458500	Tomographie à faisceau conique commandée par ordinateur (CBCT) d'une articulation périphérique d'un membre supérieur ou inférieur, avec injection intra-articulaire d'un moyen de contraste, pour l'ensemble de l'examen	N 190

Les prestations 458474-458485 et 458496-458500 ne peuvent être attestées que si elles sont réalisées au moyen d'un appareil CBCT qui au moins :

a) est compatible avec DICOM (DICOM Conformance Statement);

b) permet une imagerie en haute résolution (au moins 150-250 µm).

Un examen effectué par un tomographe à faisceau conique commandée par ordinateur (CBCT) ne peut pas être attesté en tant qu'examen effectué par un tomographe commandée par ordinateur (CT) et inversement."

"A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017)

459933	459944	Conebeam CT dentaire sans contraste de la mâchoire supérieure et/ou de la mâchoire inférieure	N	117

La prestation 459933-459944 est seulement attestable si une des conditions suivantes est remplie :

a) lors du planning préopératoire en cas d'autotransplantation et dans le cadre du placement d'implants dentaires, comme décrit dans les prestations 308512-308523, 308534-308545;

b) lors d'une anomalie dentaire congénitale;

c) en cas de présomption et/ou de suivi de traumatismes dento-alvéolaires dans le cadre des interventions telles qu'elles sont décrites dans la prestation 312756-312760;

d) en cas de présomption d'une interrelation entre le canal mandibulaire et une dent de sagesse dans le cadre d'une extraction de dent de sagesse;

e) en cas de problématique d'éruption avec impactions d'éléments définitifs, surnuméraires ou supplémentaires;

f) en cas de problématique d'articulation de la mâchoire liée à l'os;

g) en cas de diagnostic et/ou d'approche thérapeutique de tumeurs et de kystes bénins d'os de la mâchoire;

h) lors de la préparation d'une chirurgie maxillofaciale remboursable.

L'indication pour laquelle l'examen CBCT est réalisé fait partie du dossier du patient et est à la disposition du médecin-conseil.

"A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017) + "A.R. 4.9.2022" (en vigueur 1.12.2022)
"La prestation 459933-459944 est uniquement attestable sur prescription du médecin spécialiste en stomatologie, du médecin spécialiste en pédiatrie, du médecin spécialiste en médecine d'urgence, du médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, du médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, du médecin spécialiste en médecine aiguë, du médecin porteur du brevet de médecine aiguë et du praticien de l'art dentaire porteur d'un titre professionnel particulier."

"A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017)

459955	459966	Conebeam CT sans contraste des rochers	N	275

"A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015)
"Une prestation effectuée à l'aide d'un tomographe commandé par ordinateur (CT) ou au moyen d'un tomographe à faisceau conique (Cone Beam) commandé par ordinateur (CBCT) ne peut être de nouveau portée en compte qu'après une période de 30 jours."

"A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017)
"Une prestation réalisée au moyen d'une tomographie commandée par ordinateur (CT) ne peut pas être attestée comme une prestation réalisée au moyen d'une tomographie à faisceau conique commandée par ordinateur (CBCT) et inversement."

"A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015) + "A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"Les prestations 459852-459863, 459933-459944, 459955-459966 ne peuvent être cumulées pour la même indication avec les prestations équivalentes 459690-459701, 377230-377241, 307252-307263, 307230-307241, 458732-458743, 458953-458964."

"A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015) + "A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017)
"Sans préjudice des dispositions de l'article 17, § 1er, 11°ter, l'intervention de l'assurance pour les prestations 459852-459863, 459933-459944, 459955-459966, est en outre subordonnée à l'enregistrement au Service des soins de santé de l'INAMI de l'appareil et du Service où l'appareil est utilisé."

"A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015)
"Cet enregistrement s'effectue sur la base d'un formulaire réglementaire dont le modèle est reproduit en annexe au Règlement du 28 juillet 2003 et comporte les données suivantes :

a) type d'appareil;

b) identification de l'exploitant de l'établissement*;*

c) mention du Service où l'appareil est utilisé;

d) identification du chef de service du Service où l'appareil est utilisé."

12° Divers :

Les examens stéréographiques, kymographiques et les radiographies de contrôle effectuées en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale sont honorés conformément aux libellés prévus pour les radiographies de la même région et augmentés des suppléments suivants :

5233	459071	459082	Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale	N	30

"A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 19.7.2024" (en vigueur 1.10.2024)

4234		459104	Supplément pour radiographies faites chez un patient hospitalisé sous traction continue ou sous aspiration thoracique continue ou sous surveillance telle qu'elle est décrite aux prestations 211013-211024, 211046, 211120, 211142, 211186, 211201, 211702, 212026, 212041, 213021, 213043, 214023, 214045, 211223, 211245, 211282, 211304, 211341, 211363, 211385, 211400, 211422, 211481, 211503, 211540, 211562	N	20

"A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012)

5235	459115	459126	Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique	N	40

Lorsque plusieurs radiographies sont effectuées au cours d'une même séance, le supplément prévu au n° 459071-459082 ou 459104 ne peut être porté qu'une fois en compte.

La prestation n° 459115-459126 ne peut être portée en compte qu'une fois par séance opératoire; si des radiographies sont effectuées au cours de la même séance opératoire, la prestation n° 459115-459126 ne peut être portée en compte.

5239	459196	459200	Fistulographie, y compris la manipulation avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 2 clichés	N	75

Supplément pour la méthode de soustraction lors d'une angiographie cérébrale ou viscérale, le masque et le positif y compris:

5240	459211	459222	une sélection plus un cliché	N	20
5241	459233	459244	par cliché de soustraction supplémentaire	N	6
5242	459255	459266	maximum pour l'ensemble de l'examen	N	50

"A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001)

460670 Honoraires de consultance du médecin spécialiste en radiodiagnostic, applicables aux prestations suivantes d'imagerie médicale pratiquées dans le secteur ambulatoire :

- A l'article 17 § 1er
1) 450074, 450096,
2) 450531 à 450715"

"A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]
"3) 451076, 451135, 451312 à 451754 ainsi que 451813 à 451850 et 451894"

"*A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)* + "*A.R. 18.5.2026" (en vigueur 1.7.2026)*
"5) 453154 à 453176, 453235, 453272 à 453294, 453471, 453316, 453390 à 453412, 453331, 453552 ainsi que 453574 à 453596"

"A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001)
"6) 454016 à 454075
7) 455711"

"*A.R. 7.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) + "A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.6.2016) + "A.R. 18.5.2026" (en vigueur 1.7.2026)*
"11) 458570, 458592, 458673, 459675, 459690, 458732, 458813, 458835, 458850, 457855, 457870, 457892, 458872, 458894, 459550, 459572, 459594, 459616, 459631, 459896, 459911, 459351, 459373, 458953"

"A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001)
"12) 459196"

"*A.R. 29.4.1999" (en vigueur 13.8.1999) + Erratum (M.B. 30.6.1999) + "A.R. 25.11.2015" (en vigueur 1.2.2016) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 17.5.2021" (en vigueur 1.8.2021)*
"13) 459395, 459410, 459432, 459454, 459476, 459491, 457914, 457936, 457951, 459513, 459535“, 458975"

"A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015) + "A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017) + "A.R. 19.12.2018" (en vigueur 1.3.2019)
"14) 459852, 459933, 459955, 458474, 458496"

"A.R. 25.7.1994" (en vigueur 1.11.1994) + "A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002) + Errata MB du 20.03.2002 et du 28.3.2002. + "A.R. 10.6.2002" (en vigueur 1.8.2002) annulé par l'Arrêt n° 160.274 du 19 juin 2006 du Conseil d'Etat (M.B. 19 juillet 2006) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] + "A.R. 31.12.2003" (en vigueur 1.3.2004) + "A.R. 22.10.2010" (en vigueur 1.2.2011) + "A.R. 3.12.2017" (en vigueur 1.2.2018) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 27.2.2019" (en vigueur 1.5.2019)

"- A l'article 17 bis § 1er : 459712, 459734, 459756, 459771, 459793, 459815, 460051, 460073, 460095, 460110, 460132, 460154, 460176, 460191, 460235, 460250, 460272, 460294, 460316, 460331, 460375, 460412, 460456, 460493, 460574, 460611, 460633, 460832, 460854, 461156, 461215, 461230, 461355, 461370, 461731, 461753, 461775, 461812, 461834 N 41

Cet honoraire est réservé au seul médecin spécialiste en radiodiagnostic.

Il n'est payable qu'une fois par prescription quel que soit le nombre de prestations pratiquées par le médecin spécialiste en radiodiagnostic en réponse à celle-ci. Il est payable au maximum une fois par 24 heures.

Il couvre l'évaluation de la situation clinique, le choix des examens et l'organisation de l'investigation lors de prestations exigeant expressément sa participation à leur réalisation, en dehors des dépenses exposées par le radiologue dans l'exécution de la prestation et l'interprétation des résultats.

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

460795 Honoraires de consultance du médecin accrédité spécialiste en radiodiagnostic, applicables aux mêmes prestations et dans les mêmes conditions que celles prévues pour la prestation n° 460670 du présent article N 41 +
Q 20

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

460972 Honoraires forfaitaires par prescription et par jour pour toutes les prestations techniques d'imagerie médicale de l'article 17, § 1er exécutées en ambulatoire excepté lorsqu'il est exécuté au moins une des prestations reprises sous les n°s 460994 ou 461016 N 20

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

460994 Honoraires forfaitaires par prescription et par jour pour toutes les prestations techniques d'imagerie médicale exécutées en ambulatoire dont au moins une des prestations suivantes de l'article 17 § 1er :
1) 450074, 450096
2) 450531 à 450715
3) 451076, 451312 à 451754 ainsi que 451813 à 451850 et 451894
6) 455711
8) 459196 N 38

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001) + "A.R. 14.7.2010" (en vigueur 1.10.2010) + "A.R. 5.4.2011" (en vigueur 1.6.2011) + "A.R. 7.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) + "A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015) + "A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016) + "A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.6.2016) + "A.R. 19.12.2018" (en vigueur 1.3.2019)

461016 Honoraires forfaitaires par prescription et par jour pour toutes les prestations d'imagerie médicale exécutées en ambulatoire dont au moins une des prestations suivantes de l'article 17 § 1er :

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001) + "A.R. 14.7.2010" (en vigueur 1.10.2010) + "A.R. 5.4.2011" (en vigueur 1.6.2011) + "A.R. 7.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) + "A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015) + "A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016) + "A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.6.2016) + "A.R. 19.12.2018" (en vigueur 1.3.2019) + "A.R. 17.5.2021" (en vigueur 1.8.2021) + "A.R. 18.5.2026" (en vigueur 1.7.2026)
1) 458570, 458592, 458673, 459675, 459690, 458732, 458813, 458835, 458850, 457855, 457870, 457892, 458872, 458894, 459550, 459572, 459594, 459616, 459631, 459896, 459911, 459351, 459373, 458953
2) 453316 à 453471
3) 453154 à 453294
4) 454016 à 454075
5) 459395 à 459535, 457914, 457936, 457951, 458975
6) 459852, 459933, 459955, 458474, 458496 N 71

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001) + "A.R. 14.7.2010" (en vigueur 1.10.2010) + "A.R. 5.4.2011" (en vigueur 1.6.2011) + "A.R. 7.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) + "A.R. 10.3.2015" (en vigueur 1.6.2015) + "A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016) + "A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.6.2016) + "A.R. 19.12.2018" (en vigueur 1.3.2019) + "A.R. 29.8.2019" (en vigueur 1.11.2019)
"Les prestations n°s 453110, 453132, 453950, 453972, 458990 ne donnent jamais droit à un des honoraires forfaitaires repris sous les numéros 460972, 460994 ou 461016. "

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)
" Les honoraires pour les prestations reprises sous les numéros 460972, 460994 ou 461016 sont réservés au médecin spécialiste en radiodiagnostic."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]
"Les prestations 460972, 460994 et 461016 ne sont pas cumulables entre elles, elles ne peuvent être remboursées qu'une fois par jour et par patient, quel que soit le nombre de prescriptions ou le nombre de prestations effectuées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)
"Les honoraires prévus pour ces prestations couvrent aussi les frais de fonctionnement du service d'imagerie médicale."

"A.R. 25.7.1994" (en vigueur 1.11.1994) + "A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

460703	Honoraires de consultance payables par admission dans un ou plusieurs services aigus A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, NIC, Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur d'un hôpital général	N	31

Cet honoraire est réservé au seul médecin spécialiste en radiodiagnostic.

Il couvre les frais spécifiquement exposés par le médecin spécialiste en radiodiagnostic pour évaluer dans une situation clinique déterminée, le choix des examens d'imagerie médicale les plus appropriés et lui permettre d'apporter l'aide la plus adéquate au diagnostic en sa qualité de consultant.

Ces activités spécifiques représentent notamment protocole, rapport, comparaison et évaluation des résultats.

En cas de transfert dans un autre hôpital du groupement au cours d'une période d'hospitalisation continue, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'un transfert interne et non d'une nouvelle admission.

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

460821	Honoraires de consultance du médecin accrédité spécialiste en radiodiagnostic, applicables dans les mêmes conditions que celles prévues pour la prestation n° 460703 du présent article	N Q	31 + 20

Les prestations 460725, 460740, 460762 et les règles d'application qui suivent la prestation 460762 sont *supprimées par l'A.R. du 29.4.1999 (en vigueur 1.7.1999)*

§ 2. Les honoraires pour les prestations effectuées par un médecin agréé par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions au titre de spécialiste en radiodiagnostic ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade même au cas où une prestation d'échographie a été pratiquée au cours de la même séance. Cela vaut pour le même malade et les médecins de la même discipline pour toutes les phases de l'acte radiologique en cours.

"Erratum A.R. 22.10.1992 (M.B. 01.09.1993)" en vigueur 1.11.1992 + "A.R. 30.5.2001" (en vigueur 1.6.2001)
"**§ 3. a)** Conformément aux dispositions légales en la matière, les prestations reprises à l'article 17, § 1er, 1° , 2° , 3° , 4° , 5° , 6° , 7° , 8° et 12° doivent être effectuées dans des services d'imagerie médicale agréés."

b) Les prestations de l'article 17 sont réservées aux médecins agréés par le Ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions, comme médecin spécialiste en radiodiagnostic.

§ 4. Les dispositions relatives à l'agrément des services d'imagerie médicale et les dispositions du § 11 sont également applicables aux prestations d'imagerie médicale prévues par ailleurs au chapitre V de la présente nomenclature.

§ 5. a) Les manipulations spéciales nécessaires aux examens sont honorées en supplément de ces examens, conformément aux indications de la nomenclature.

b) Les honoraires comprennent les honoraires pour la prise des clichés et la rédaction des protocoles.

Ils englobent les frais en relation avec ces examens, à l'exception de la prestation : "Radioscopie, avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique".

c) Les produits de contraste utilisés ne sont pas compris dans les honoraires à l'exception du barium utilisé pour l'étude de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, du grêle et du côlon.

Les produits de contraste non compris dans les honoraires peuvent être portés à charge de l'assurance, pour autant qu'ils figurent sur la liste des médicaments remboursables.

§ 6. Chaque acte doit être accompagné d'un rapport établi par le médecin spécialiste en radiodiagnostic, tel que prescrit au § 12, 3).

§ 7. *Supprimé par l'A.R. du 28.11.1986.*

§ 8. Les honoraires pour les examens stéréographiques ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour les examens kymographiques ni avec les honoraires pour les tomographies.

§ 9. Par cliché différent, il faut entendre l'image radiologique prise sous une autre incidence au cours d'un examen morphologique ou bien à un autre moment (incidence identique ou incidence différente) au cours d'un examen fonctionnel ou fixée sous forme analogue ou digitalisée sur un support magnétique, optique ou autre.

§ 10. Le nombre indiqué de clichés constitue un minimum requis pour un examen valable au-dessous duquel les honoraires pour la prestation ne sont plus dus sur la base de ce numéro de la nomenclature.

Pour les prestations radiologiques dont le nombre de clichés n'est pas indiqué, les libellés signifient l'examen complet, quel que soit le nombre de clichés.

"A.R. 31.8.2022" (en vigueur 1.11.2022)
"§ 11. a) Pour pouvoir entrer en ligne de compte pour une intervention, les prestations radiographiques et radioscopiques doivent être effectuées conformément aux obligations réglementaires énoncées dans ou en vertu de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l'environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire et de ses arrêtés d'exécution.

Le dispensateur démontre cette conformité aux inspecteurs sociaux du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, qui en font la demande, au moyen de documents établis par l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire ou par un expert en contrôle physique qu'elle a agréé conformément aux dispositions en vertu de la loi du 15 avril 1994 précitée, qui confirment que :

1°le dispensateur dispose d'une autorisation conformément à la section 7 de l'arrêté royal du 13 février 2020 relatif aux expositions médicales et aux expositions à des fins d'imagerie non médicale avec des équipements radiologiques médicaux ;

2° l'établissement dans lequel les prestations visées au premier alinéa sont effectuées a été autorisé, l'installation est réceptionnée à cet effet et elle fait l'objet de visites d'évaluation périodiques par un expert agréé en contrôle physique conformément aux dispositions en vertu de la loi du 15 avril 1994 précitée ;

3° une assistance est prévue par un expert agréé en radiophysique médicale au sens de la section 5 de l'arrêté royal du 13 février 2020 relatif aux expositions médicales et aux expositions à des fins d'imagerie non médicale avec des équipements radiologiques médicaux ;

4° il est satisfait aux obligations en matière de dosimétrie liée au patient, fixées dans ou en vertu de l'arrêté royal du 13 février 2020 relatif aux expositions médicales et aux expositions à des fins d'imagerie non médicale avec des équipements radiologiques médicaux. "

"A.R. 25.11.2015" (en vigueur 1.2.2016)
"b) Sans préjudice des normes de qualité fixées par les autorités compétentes, les mammographies peuvent être remboursées uniquement si elles sont effectuées au moyen d'appareils de mammographie qui sont contrôlés d'un point de vue physique et technique selon les directives européennes en la matière, à savoir les european Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis - UE Quatrième édition - 2006 et adaptations ultérieures."

"A.R. 19.12.2012" (en vigueur 1.3.2013)
"§ 12. Pour pouvoir être portées en compte, les prestations effectuées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic doivent répondre aux conditions suivantes :

1° avoir été prescrites par un médecin ayant ce patient en traitement soit dans le cadre de la médecine générale, soit dans le cadre d'une spécialité médicale à l'exclusion de la radiologie, ou par un praticien de l'art dentaire ayant le patient en traitement dans le cadre des soins dentaires;

2° sont mentionnés sur la prescription :
a) les nom, prénom(s), date de naissance et sexe du patient;
b) les informations cliniques pertinentes;
c) l'explication de la demande de diagnostic;
d) les informations supplémentaires pertinentes telles qu'une allergie, un diabète, une insuffisance rénale, une grossesse, un implant ou autres;
e) le ou les examen(s) proposé(s);
f) le ou les examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic tels qu'un CT, RMN, RX, échographie, autres ou inconnu;
g) le cachet du médecin prescripteur avec mention des nom, prénom, adresse et numéro d'identification;
h) la date de la prescription;
i) la signature du prescripteur.

Le formulaire de demande utilisé pour la prescription des prestations ne peut déroger au modèle établi par le Comité de l'assurance soins de santé pour ce qui concerne les mentions devant y figurer. Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé; "

"A.R. 19.12.2012" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 29.8.2019" (en vigueur 1.11.2019)
"3° un protocole écrit de l'examen doit être établi et conservé à l'exception de la prestation 458990-459001. "

"A.R. 19.12.2012" (en vigueur 1.3.2013)
"Ce protocole doit être structuré comme une réponse à la demande de diagnostic et doit contenir la justification des techniques et procédés utilisés;" "

"A.R. 9.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)
"Sur base de la demande de diagnostic et sur base du contexte clinique, un médecin spécialiste en radiodiagnostic effectue l'examen le plus indiqué.

Le médecin spécialiste en radiodiagnostic peut remplacer un ou plusieurs examens proposés par le prescripteur par un autre examen des articles 17 ou 17*bis*.

Toute substitution est expliquée dans le protocole.

Lors de la détermination de l'examen le plus indiqué, il est tenu compte des examens pertinents déjà effectués dont on a connaissance;"

"A.R. 19.12.2012" (en vigueur 1.3.2013)"
"4° l'attestation de soins doit porter les nom, prénom et numéro d'identification du prescripteur. Les prestations qui sont effectuées à l'occasion d'une même prescription doivent être groupées sur l'attestation de soins; "

"A.R. 19.12.2012" (en vigueur 1.3.2013)" + "A.R. 20.1.2020" (en vigueur 1.3.2020)"
"5° les prescriptions doivent être gardées pendant le délai visé à l'article 1er, § 8 par le radiologue. Elles doivent être classées par ordre chronologique sur base de la date d'exécution de la prestation. Elles sont exigibles pour vérification, même en dehors de toute enquête, par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

"A.R. 19.12.2012" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 29.8.2019" (en vigueur 1.11.2019)
"Un double du protocole doit être gardé avec la prescription à l'exception de la prestation 458990-459001. "

"A.R. 19.12.2012" (en vigueur 1.3.2013)"
"Sans préjudice de l'alinéa 1er, en ce qui concerne la prestation 450192-450203, l'invitation émanant de l'autorité organisatrice peut avoir valeur de prescription. Cette invitation doit mentionner le nom et le prénom de la patiente et la date d'expédition. Dans ce cas, les 1°, 2° et 4° ne sont pas d'application."

"A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010)
"§ 13. Les prestations n°s 262216-262220, 261811-261822, 261833-261844, 307090-307101, 473535-473546 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en **radiodiagnostic**."

"A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] + "A.R. 14.7.2010" (en vigueur 1.10.2010) + "A.R. 5.4.2011" (en vigueur 1.6.2011) + "A.R. 10.4.2016" (en vigueur 5.5.2016) + "A.R. 18.5.2026" (en vigueur 1.7.2026)
"§ 14. Pour les prestations n°s 450634-450645, 451430-451441, 458732-458743, 458813-458824, 459550-459561, 459572-459583, 459594-459605, 459616-459620, 459631-459642, 458592-458603, 458894-458905, et 459896-459900 et pour les prestations de résonance magnétique nucléaire prévues au § 1er, 11bis du présent article, effectuées chez des enfants de moins de 5 ans, la valeur relative des valeurs mentionnées dans la présente nomenclature est augmentée de 25 pct."