

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"CHAPITRE II. – CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS."

Art. 2."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"A. Avis

109012 Avis N 2

Par avis, il faut entendre la rédaction et la signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers. Les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"B. Consultations au cabinet"

" " 101010 "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 23.8.2014" (en vigueur 1.11.2014)
 Consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis N 6 "

" " 102454 "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)
 Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis (101010) si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures D 8,42

102476 Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis (101010) si la consultation est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures D 15,98 "

"A.R. 23.8.2014" (en vigueur 1.11.2014)

"Les prestations 101010, 102454 et 102476 peuvent être attestées par le titulaire d'un diplôme de médecin."

101032 "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)
 Consultation au cabinet par un médecin généraliste N 8

101076 Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité N 8 +
 Q 30

102432 Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures D 17,99

102410 Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures D 9,99 "

"	102771	<p>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 26.1.2017" (en vigueur 1.1.2016) Gestion du dossier médical global (DMG) N 8,415</p> <p>Le DMG est géré par un médecin généraliste; un médecin généraliste en formation ne peut pas être gestionnaire du DMG.</p> <p>Le DMG contient les données suivantes mises à jour régulièrement :</p> <p>a) les données socio-administratives;</p> <p>b) les antécédents;</p> <p>c) les problèmes;</p> <p>d) les rapports des autres dispensateurs de soins;</p> <p>e) les traitements chroniques;</p> <p>f) les mesures préventives adoptées en fonction de l'âge et du sexe du patient et portant au minimum sur :</p> <ol style="list-style-type: none">1. le mode de vie (alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool);2. les maladies cardiovasculaires (anamnèse, examen clinique, acide acétylsalicylique pour les groupes à risque);3. le dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du col utérin;4. la vaccination (diphtérie, tétanos, grippe et pneumocoque);5. les dosages biologiques : lipides (> 50 ans), glycémie (> 65 ans), créatinine et protéinurie (pour les groupes à risque);6. le dépistage de la dépression;7. les soins bucco-dentaires; <p>g) pour un patient de 45 à 74 ans qui bénéficie du statut affection chronique, diverses données cliniques et biologiques utiles à l'évaluation de l'état de santé du patient et à l'amélioration de la qualité des soins.</p> <p>La gestion du DMG est réalisée à la demande du patient ou de son mandataire dûment identifié; cette demande figure dans le dossier du patient.</p> <p>La prestation pour la gestion du DMG est accordée une fois par année civile.</p> <p>La prestation est cumulée avec une prestation pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434).</p> <p>La prestation est majorée de 83,33 % de l'année du 45e anniversaire jusqu'à l'année du 75e anniversaire d'un patient qui avait le statut affection chronique l'année précédente."</p>
	102395	<p>Supprimé par A.R. 26.1.2017 (en vigueur 1.1.2016)</p>
"	102852	<p>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 30.11.2015" (en vigueur 1.2.2016) Suivi d'un patient diabétique de type 2 selon le protocole de soins établi par le Comité de l'assurance N 7</p>

Le suivi est réalisé par :

- a) soit le médecin généraliste qui gère le DMG;
- b) soit le médecin généraliste qui fait partie d'un groupement enregistré de médecins généralistes dont un des membres gère le DMG.

La prestation couvre :

- a) les discussions successives avec le patient des objectifs du protocole de soins;
- b) l'enregistrement des objectifs et des données cliniques et biologiques nécessaires dans le DMG.

La prestation est accordée une fois par année civile."

"	103095	<p>"A.R. 11.9.2016" (en vigueur 1.11.2016) Supplément pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) inhabituelle du médecin généraliste</p>	N	7
		<p>La visite ou consultation inhabituelle du médecin généraliste désigne la première consultation ou visite réalisée par le gestionnaire du DMG, quand le médecin explique la situation et planifie le suivi du patient :</p> <ul style="list-style-type: none">a) soit lors de la première admission d'un patient dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins;b) soit lors du retour à domicile d'un patient de 75 ans et plus après une hospitalisation de plus de 14 jours."		
"	101054	<p>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) Consultation au cabinet par un médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL)</p>	N	5,53
	102815	<p>Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation</p>	N	8
	102830	<p>Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation accrédité</p>	N Q	8 + 30
		<p>Les consultations pré-anesthésie (102815 et 102830) ne peuvent être portées en compte que si les conditions reprises à l'article 12, § 3, 2° a), sont remplies.</p>		
	102896	<p>Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie, y compris un rapport écrit éventuel</p>	N	16
	102911	<p>Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel</p>	N Q	16 + 30

102233	Evaluation gériatrique pluridisciplinaire par le médecin spécialiste en gériatrie, avec rapport au médecin généraliste prescripteur	N 50
	<p>La prestation 102233 est prescrite par le médecin généraliste traitant; elle est exécutée par le médecin spécialiste en gériatrie, dans la section polyclinique du service de gériatrie (G 300) d'un hôpital agréé avec la participation de l'équipe en personnel infirmier gériatrique et/ou paramédicale gériatrique et comprend une évaluation fonctionnelle physique, psychique et sociale du patient âgé de plus de 75 ans, à l'aide de tests fonctionnels validés.</p> <p>La prestation 102233 comprend un rapport de la mise au point gériatrique avec une proposition de soins à domicile pluridisciplinaires individualisés ou d'admission adaptée dans un établissement de soins chroniques.</p>	
102734	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie, y compris un rapport écrit éventuel	N 10,1
102756	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N 10,1 + Q 30 "
"	<p><i>"A.R. 21.7.2017" (en vigueur 1.1.2018)</i></p> <p>Consultation par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie accrédité pour un patient qui présente une pathologie dermatologique chronique traitée de façon systémique par agent antinéoplasique (ATC L01) ou immunosuppresseur (ATC L04)</p>	N 30 + Q 30
	<p>La prestation couvre la rédaction d'un plan de traitement et d'un rapport communiqués au médecin généraliste.</p> <p>La prestation est octroyée au maximum 2 fois par an."</p>	
"	<p><i>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)</i></p> <p>Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, y compris un rapport écrit éventuel</p>	N 16
102550	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N 16 + Q 30
102955	Première consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants	N 40

102970	Première consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants	N	40	+
		Q	30	

Les prestations 102955 et 102970 sont seulement attestables après renvoi circonstancié motivé par écrit par le médecin spécialiste traitant ou le médecin généraliste traitant. Le médecin référent met en outre à disposition le dossier médical.

L'identification du médecin référent (nom, prénom et numéro INAMI) apparaît sur l'attestation de soins donnés du médecin spécialiste en médecine interne.

Un rapport écrit proposant le suivi et le traitement ultérieurs est mis à disposition du médecin référent.

Le renvoi écrit ainsi que sa motivation et le rapport écrit par le médecin spécialiste en médecine interne sont joints au dossier médical du bénéficiaire.

Les prestations 102955 et 102970 ne sont pas cumulables avec des prestations techniques diagnostiques ou thérapeutiques.

Les prestations 102955 et 102970 sont seulement remboursables au bénéficiaire pour qui le dispensateur n'intervient pas lui-même comme médecin traitant.

102255	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne ou en médecine nucléaire et médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	
--------	---	---	----	--

102874	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne ou en médecine nucléaire et médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	+
		Q	30	

102314	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	
--------	--	---	----	--

102336	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	+
		Q	30	

102130	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie, y compris un rapport écrit éventuel	N	16
102631	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	16 + 30
102115	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, y compris un rapport écrit éventuel	N	16
102616	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	16 + 30
102270	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25
102292	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N Q	25 + 30
102071	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N	13
102572	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	13 + 30
102351	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25
102373	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N Q	25 + 30
102093	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie, y compris un rapport écrit éventuel	N	16

	102594	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	16 30	+	
	102211	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N	20		
	102712	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	20 30	+	"
"	102174	"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 9.11.2016" (en vigueur 1.1.2017) Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie	N	21		"
		"A.R. 9.11.2016" (en vigueur 1.1.2017) "La prestation couvre la rédaction d'un rapport écrit éventuel."				
"	102675	"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 9.11.2016" (en vigueur 1.1.2017) Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie accrédité	N Q	21 30	+	"
		"A.R. 9.11.2016" (en vigueur 1.1.2017) "La prestation couvre la rédaction d'un rapport écrit éventuel."				
	103456	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie ou en pédiatrie, et porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique	N	25		
		La consultation est réalisée pour un patient de moins de 15 ans. La prestation couvre la rédaction d'un rapport écrit obligatoire adressé au médecin traitant.				
	103471	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie ou en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique et accrédité	N Q	25 30	+	
		La consultation est réalisée pour un patient de moins de 15 ans. La prestation couvre la rédaction d'un rapport écrit obligatoire adressé au médecin traitant."				
"	102933	"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec un rapport écrit	N	30		

102992	Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, accrédité, avec un rapport écrit	N	30	+
		Q	30	

Les prestations 102933 et 102992 sont attestables uniquement sur prescription motivée du médecin généraliste ou spécialiste traitant pour un patient chez qui on suspecte une démence débutante.

Chacune des prestations 102933 et 102992 peut être portée en compte seulement avec la prestation 477573.

Les deux prestations sont mentionnées sur la même attestation de soins donnés.

Les prestations 102933 et 102992 comprennent l'évaluation de l'examen neuropsychologique (prestation 477573) et des différents examens techniques complémentaires en imagerie médicale, en biologie clinique ou en psychiatrie, pour autant qu'ils soient nécessaires.

Le rapport écrit communiqué au médecin traitant prescripteur comporte le résultat des examens effectués, le diagnostic et un plan de traitement avec une proposition de traitement médicamenteux éventuel, d'appui aux soignants informels, de suivi psychosocial et de revalidation psychocognitive éventuelle.

Les différents éléments sont ajoutés au dossier médical du bénéficiaire.

Seule une de ces prestations, 102933 ou 102992, est remboursable par bénéficiaire, et au maximum 1 fois.

Aucune de ces deux prestations 102933 et 102992 ne peut être cumulée avec la prestation 102233.

102196	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N	20
--------	--	---	----

102690	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N	20	+
		Q	30	

102152	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	16
--------	--	---	----

102653	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	16	+
		Q	30	"

		<i>"A.R. 21.7.2017" (en vigueur 1.9.2017)</i>			
"	101275	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie ou en médecine physique et en réadaptation, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	9	
	101290	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie ou en médecine physique et en réadaptation, accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	9 + 30	"
		<i>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 9.11.2016" (en vigueur 1.1.2017) + "A.R. 21.7.2017" (en vigueur 1.9.2017)</i>			
"	102012	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste autre que ceux cités aux nos 101275, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102255, 102270, 102314, 102351, 102734, 102896, 103456	N	8	
	102535	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité autre que ceux cités aux nos 101290, 102292, 102336, 102373, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102756, 102874, 102911 et 103471	N Q	8 + 30	"
		<i>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)</i>			
"	102513	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures	N	6,5	
	102491	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	N	3	
		Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection : les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation.			
		<i>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)</i>			
		"C. Visites			
	103110	Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N D E	4,2 + 3 + 1	
	104510	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N D E	4,2 + 11,48 + 1	

104532	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N 4,2 + D 25,96 + E 1
104554	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N 4,2 + D 13,49 + E 1
103213	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N 4,2 + D 3 + E 0,5
103235	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N 4,2 + D 3 + E 0,33
104635	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures	D 7,42
104613	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	D 15,98
104591	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	D 8,42
103132	Visite par le médecin généraliste	N 5,6 + D 4 + E 1
104215	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste	N 5,6 + D 11,99 + E 1
104230	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste	N 5,6 + D 33,99 + E 1
104252	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste	N 5,6 + D 13,99 + E 1

103412	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par le médecin généraliste	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,5	
103434	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par le médecin généraliste	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,33	
104333	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 18 et 21 heures	D	7,98	
104311	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	D	29,99	
104296	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 et 21 heures	D	9,99	
109734	Supplément pour assistance médicale pendant le transfert urgent du patient en ambulance à l'hôpital par le médecin généraliste à l'occasion d'une visite à domicile	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	

L'assistance médicale pendant le transfert en ambulance est cumulable seulement avec une visite à domicile.

109723	Visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	

Le remboursement de la visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant (109723) est accordé une fois par semaine et n'est pas cumulé avec le remboursement d'autres soins donnés par ce médecin.

Le médecin généraliste inscrit dans son dossier un rapport de la concertation avec le médecin hospitalier.

109701	Visite dans un service Sp (soins palliatifs) par le médecin généraliste à la demande du patient ou d'un de ses proches	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	

La prestation 109701 ne peut être portée en compte qu'une fois par jour.

La prestation 109701 n'est pas cumulable avec des prestations techniques exécutées le même jour par le même médecin.

109045	Visite en hôpital psychiatrique par un médecin généraliste sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie	N 5,6 + D 4 + E 1
109060	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie	N 5,6 + D 4 + E 0,5
109082	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie	N 5,6 + D 4 + E 0,33

Le médecin spécialiste en psychiatrie consigne la demande dans le dossier médical hospitalier. Il fera appel en priorité au médecin généraliste traitant.

Les visites en hôpital psychiatrique (109045, 109060 et 109082) sont remboursées seulement si le médecin généraliste a inscrit ses constatations et ses conclusions dans le dossier hospitalier du bénéficiaire.

Le remboursement des visites en hôpital psychiatrique (109015, 109060, 109082) est limité à 2 par mois et à 12 par an.

Les visites en hôpital psychiatrique peuvent uniquement être cumulées avec les majorations de visites (104296, 104311 et 104333).

103736	Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste en pédiatrie	N 6
104812	Visite au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie	N 8
104834	Visite au domicile du malade entre 21 heures et 8 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie	N 15
104856	Visite au domicile du malade du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, par un médecin spécialiste en pédiatrie	N 10
104871	Visite au domicile du malade depuis la veille d'un jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain à 8 heures, par un médecin spécialiste en pédiatrie	N 10

103751	Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	15
103773	Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	13
103795	Visite dans un établissement où séjournent des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	17
103810	Visite dans un établissement où séjournent des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	15
103832	Visite dans un établissement où séjournent des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	13
	Les prestations n ^{os} 103751, 103773, 103795, 103810 et 103832 comprennent les frais de déplacement.		
103891	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures	N	3
103876	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	N	6,5
103854	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	N	3
103014	Visite au domicile du malade par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite	N	20
103051	Visite en maison de repos ou en maison de repos et de soins par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite	N	20

103073 Visite en résidence communautaire de personnes handicapées par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste appelé. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite N 20

Pour les prestations 103014, 103051 et 103073, l'identification du médecin demandeur (nom, prénom et numéro INAMI) apparaît sur l'attestation de soins donnés du médecin spécialiste.

Par visite, il faut entendre l'examen fait à la résidence du malade, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection; les honoraires fixés pour la visite comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette visite.

Les prestations relatives à la visite du médecin de médecine générale sur base de droits acquis ou du médecin généraliste comprennent outre les honoraires de la visite telle que définie ci-avant (N) des honoraires de disponibilité (D) ainsi que des frais de déplacement (E)."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"D. Psychothérapies

109513 Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel N 30

109631 Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel N 30 +
Q 90

Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel :

109535 deux personnes, par personne N 20

109550 à partir de la 3^e personne, par personne N 10

109653 Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel :
deux personnes, par personne N 20 +
Q 45 "

"	109572	<p>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014) Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 90 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de 8 patients maximum, y compris un rapport écrit éventuel, par personne</p> <p>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) "a) Les honoraires pour les traitements psychothérapeutiques ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations techniques effectuées le même jour par le même psychiatre ou un autre.</p> <p>b) Les honoraires pour les traitements psychothérapeutiques ne sont pas cumulables entre eux, ni avec les honoraires de la consultation effectuée le même jour par le même psychiatre ou un autre.</p> <p>c) Les prestations prévues aux n^{os} 109535, 109550 et 109572 supposent la prise en charge avec leur consentement de chaque personne du groupe en vue du diagnostic ou du traitement de leurs propres problèmes psychiatriques. L'hétéroanamnèse effectuée auprès des membres de la famille ou d'autres personnes de l'entourage du patient est couverte par les honoraires des consultations ou visites prévues par ailleurs.</p> <p>d) Pour les seules prestations n^{os} 109535, 109550 et 109572, un second médecin spécialiste en psychiatrie (à l'exclusion des médecins stagiaires en psychiatrie) qui assiste de façon active aux séances de traitement pendant toute la durée requise peut également les attester."</p> <p>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) "E. Psychiatrie infanto-juvénile"</p>	N	10	"
"	109336	<p>"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie</p>	N	40	"
"	109675	<p>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie</p>	N Q	40 90	+ "

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)
 "La psychothérapie 109366 ou 109675 requiert toujours la présence du ou des adulte(s) susmentionné(s), avec ou sans l'enfant (le patient)."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)
 "Pour le traitement psychothérapeutique de l'enfant seul, la prestation 109513 ou 109631 est attestée."

"	109351	"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en psychiatrie, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance	N	85	"
---	--------	--	---	----	---

"	109410	"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance	N	85 +	"
			Q	90	"

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)
 "L'évaluation psychiatrique approfondie (109351 ou 109410) suppose, par séance, au moins un contact personnel d'au moins 60 minutes avec l'enfant ou l'adolescent et/ou le(s) responsable(s) de son éducation et de l'encadrement quotidien. Elle peut aussi être utilisée pour les contacts éventuels pour l'hétéro- anamnèse de tiers et pour la délivrance d'instructions aux tiers (médecin généraliste, institutions scolaires, centre d'accueil) et pour la supervision et l'interprétation commune des tests psychologiques nécessaires.

L'évaluation psychiatrique approfondie couvre, outre l'examen approfondi de l'enfant ou de l'adolescent de moins de 18 ans, l'établissement d'un plan de traitement détaillé, un ou plusieurs entretiens d'avis avec l'(les) adulte(s) responsable(s) de l'éducation et de l'encadrement quotidien et l'initiation du traitement.

L'évaluation psychiatrique approfondie peut être portée en compte au maximum sept fois par évaluation complète. La répétition éventuelle de cette évaluation pédopsychiatrique globale exige une nouvelle prescription du médecin traitant.

La prestation 109351 ou 109410 ne peut pas être cumulée le même jour, avec des prestations techniques effectuées par le même médecin spécialiste en psychiatrie, ni avec d'autres prestations de l'article 2."

" 109432 "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)
 Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient N 85

109454 Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient N 85 +
 Q 30

La prestation 109432 ou 109454 ne peut être attestée que 4 fois par an."

" 109373 "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)
 Concertation entre le médecin spécialiste en psychiatrie et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans N 21 "

" 109395 "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + Erratum M.B. 29.4.2013 + Erratum M.B. 15.5.2013 + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)
 Concertation entre le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans N 21 +
 Q 90

Avant la concertation 109373 ou 109395, le médecin spécialiste en psychiatrie a précisé le rôle du psychologue ou de l'orthopédagogue dans un plan de traitement établi au cours :

- a) ou d'une évaluation psychiatrique approfondie (109351 ou 109410);
- b) ou d'une thérapie de médiation (109336 ou 109675);
- c) ou d'une hospitalisation dans un service de neuropsychiatrie infantile (service K).

La concertation a lieu en présence du médecin spécialiste en psychiatrie et du psychologue ou de l'orthopédagogue impliqués dans le traitement.

Un rapport est rédigé et signé par chaque participant.

L'assurance couvre au maximum 5 concertations par an."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"F. Dispositions générales

1. La visite au domicile du malade par un médecin spécialiste autre que le médecin spécialiste en pédiatrie ne donne pas lieu à remboursement de l'assurance, sauf s'il est appelé en consultation par le médecin traitant."

2. Supprimé par A.R. 23.8.2014 (en vigueur 1.11.2014)

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"3. Les prestations 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 et 104871 ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés et quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites pendant les jours et heures susmentionnés; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes suite à une exigence particulière du patient.

4. Les jours fériés visés aux prestations n^{os} 102410, 102454, 102491, 103854, 104252, 104296, 104554, 104591 et 104871 sont : 1^{er} janvier, lundi de Pâques, 1^{er} mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1^{er} novembre, 11 novembre, 25 décembre.

5. Pour l'application du présent article et de l'article 25, les médecins qui sont agréés par le Ministre de la Santé publique pour plusieurs spécialités appliqueront pour les honoraires des consultations et de la surveillance des bénéficiaires hospitalisés, ceux qui correspondent à la qualification de la pathologie traitée ou au type de service où à lieu la surveillance."