

SECTION 8. - Médecine interne.

Art. 20. § 1^{er}. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des disciplines relevant de la pathologie interne:

a) Les prestations relevant de la spécialité en médecine interne (FA):

4002 470013 470024 Transfusion de globules blancs avec le prélèvement au donneur (échange du contenu en leucocytes de 2 l. de sang minimum) N 100

"A.R. 10.8.2005" (en vigueur 1.11.2005) + "A.R. 25.1.2011" (en vigueur 1.4.2011) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)

" 470271 Surveillance médicale d'une transfusion à haut risque de sang complet, de globules rouges, de concentré de plaquettes sanguines, granulocytes ou lymphocytes N 25,5 "

"A.R. 10.8.2005" (en vigueur 1.11.2005)

"Cette prestation ne peut être portée en compte qu'une fois par jour, dans les situations suivantes :

1° Patients poly-transfusés (au moins une transfusion par semaine, pendant 3 mois)

2° Patients gravement immuno-déprimés (transplantation de cellules souches ou d'organes solides, affections hématologiques, chimiothérapie, SIDA, prématurés....).

Le médecin prescripteur est responsable de la rédaction du document qui est mentionné à l'article 2, § 1^{er}, 10°, de l'arrêté royal du 3 mai 1999, déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre, à l'attention du Comité de transfusion."

4006 470035 470046 *Supprimée par A.R. 10.9.2009 (en vigueur 1.11.2009)*

4008 470050 470061 *Supprimée par A.R. 27.3.2003 [en vigueur 1.4.2003 (A.R. 22.4.2003 + Erratum M.B. 29.4.2003)]*

4007 470072 470083 *Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*

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

"Installation et surveillance d'une dialyse péritonéale, y compris la mise en place des cathéters, à l'exclusion des dialyses péritonéales réalisées pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique au cours de la formation d'un patient à l'autodialyse chronique ou lors de l'hospitalisation d'un patient traité par dialyse péritonéale à domicile:

470400 le 1^{er} jour N 80

470422 les jours suivants, par jour, un maximum de 6 semaines N 60 "

		<i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010-31.12.2011)</i>			
		<i>"Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, les prestations 470400 et 470422 sont réservées aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie."</i>			
"	470433 470444	<i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]</i>	Dialyse péritonéale, en milieu hospitalier, au cours de la formation d'un patient à l'autodialyse chronique par voie péritonéale (pendant un maximum de trois semaines consécutives) par jour	N 115	"
"	470374 470385	<i>"A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]</i>	Dialyse péritonéale, en milieu hospitalier, suite à une insuffisance rénale chronique lors de l'hospitalisation suite à une affection intercurrente d'un patient traité par autodialyse péritonéale par jour	N 90	"
		<i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010-31.12.2011)</i>	<i>"Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, les prestations 470433-470444 et 470374-470385 sont réservées aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie, responsables d'un centre agréé de dialyse autorisé à pratiquer la dialyse à domicile."</i>		
"	470455 470466	<i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010)</i>	Epuration extra-rénale réalisée pour insuffisance rénale aiguë par la technique d'hémodialyse, ou d'hémofiltration intermittente, ou réalisée pour le traitement d'une intoxication par la technique d'hémodialyse ou d'hémoperfusion ou réalisée pour le traitement d'une maladie liée à la présence de protéines endogènes toxiques par la technique de plasma filtration, par séance avec un maximum d'une séance par 24 h et un maximum de six semaines de traitement, y compris le matériel d'hémofiltration	K 464	"
		<i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010-31.12.2011)</i>	<i>"Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, la prestation 470466 est réservée aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie, dans un centre de dialyse agréé."</i>		
"	470492 470503	<i>"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)</i>	Epuration extra-rénale par la technique d'hémodialyse/filtration continue, réalisée dans un service de soins intensifs pour le traitement d'une insuffisance rénale aiguë, d'une intoxication, d'une situation d'hypervolémie sévère ou d'une maladie liée à la présence de protéines endogènes toxiques par la technique de plasmafiltration, par 24 heures et avec un maximum de 6 semaines de traitement, y compris le matériel d'hémofiltration	K 464	"

		<i>"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010-31.12.2011)</i>		
		"Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, la prestation 470492-470503 est réservée aux médecins spécialistes en médecine interne, chirurgie, anesthésie-réanimation ou pédiatrie dans une unité de soins intensifs ou aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie, dans un centre de dialyse agréé."		
"	470470 470481	<i>["A.R. 7.6.1991" + "A.R. 3.10.1991" + "A.R. 23.12.1991" (en vigueur 1.1.1991)] + "A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998)</i> Epuration extra-rénale réalisée pour le traitement d'une insuffisance rénale chronique en centre hospitalier par la technique d'hémodialyse ou d'hémofiltration intermittente, y compris le matériel d'hémofiltration	K 406	"
		<i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010-31.12.2011)</i>		
		"Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, la prestation 470470-470481 est réservée aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie, responsables d'un centre de dialyse agréé."		
"	470956 470960	<i>"A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010)</i> Echange plasmatique (ou plasmaphérèse thérapeutique) ou échange de cellules sanguines (ou cytophérèse thérapeutique) de minimum 1 volume sanguin au moyen d'un séparateur de cellules, matérielposable inclus	K 464	"
		<i>"A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)</i>		
		"La prestation 470956-470960 ne peut pas être cumulée avec les prestations 470013-470024, 470271, 470455-470466, 470470-470481, 470492-470503, 474331-474342 et 474714-474725."		
		<i>"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006)</i> "Greffes hématologiques		
	470514 470525	Collecte, contrôle de qualité, congélation et conservation de cellules souches hématopoïétiques autologues du sang périphérique	K 402	
	470536 470540	Collecte, contrôle de qualité, congélation éventuelle et conservation de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques de la moelle osseuse	K 536	
	470551 470562	Collecte, contrôle de qualité, congélation éventuelle et conservation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques du sang périphérique	K 536	
	470573 470584	Collecte orientée vers un receveur spécifique, contrôle de qualité, congélation et conservation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques du sang de cordon ombilical, en dehors de la constitution d'une banque de sang de cordon ombilical	K 536	
	470595 470606	Collecte, contrôle de qualité, congélation éventuelle et conservation d'un concentré de lymphocytes allogéniques	K 536	

	470610	470621	Sélection positive par l'antigène CD34 d'un concentré de cellules souches hématopoïétiques allogéniques à l'exclusion des autogreffes	K 2681	
			Les prestations 470514 - 470525, 470536 - 470540, 470551 - 470562, 470573 - 470584, 470595 - 470606, 470610 - 470621 peuvent également être portées en compte par un médecin spécialiste en biologie clinique.		
			Toutes les prestations de biologie clinique exécutées chez le donneur selon les « guidelines » EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) sont incluses dans les honoraires des prestations 470514 - 470525, 470536 - 470540, 470551 - 470562, 470573 - 470584, 470595 - 470606, 470610 - 470621.		
	470632	470643	Greffe autologue de cellules souches hématopoïétiques après myéloablation	K 1020	
	470654	470665	Greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques	K 1020	"
			"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010)		
"		470680	Coordination de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques dans le cas d'un donneur apparenté	K 1347	"
			"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010)		
"		470864	Coordination de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques dans le cas d'un donneur non apparenté	K 3154	
			La prestation 470864 couvre :		
			a) les frais des typages auprès de donneurs potentiels non apparentés en Belgique;		
			b) les frais pour le prélèvement des cellules auprès d'un donneur non apparenté en Belgique;		
			c) les frais d'enregistrement auprès d'organisations nationales et internationales responsables pour l'enregistrement et la sélection de receveurs et de donneurs de cellules souches."		
			"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006)		
"	470691	470702	Préparation d'un donneur sain au prélèvement de cellules souches allogéniques ou de lymphocytes allogéniques	K 432	
	470713	470724	Préparation d'un patient à la greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques	K 201	"
			"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010)		
			"Les prestations 470680 et 470864 ne sont pas cumulables avec la prestation 318253-318264.		
			Les prestations 470680 et 470864 ne sont pas cumulables avec les prestations 318135-318146 ou 470573-470584."		

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006)

"La prestation 470632 - 470643 ne peut être attestée que par des centres d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques répondant aux critères suivants :

— réalisation dans les 2 dernières années civiles d'au moins 10 greffes autologues de cellules souches hématopoïétiques par an;

— et obtention la dernière année civile de l'accréditation EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) pour les autogreffes."

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010)

"Les prestations 470551 - 470562, 470573 - 470584, 470595 - 470606, 470610 - 470621, 470654 - 470665, 470680, 470691 - 470702 et 470864 ne peuvent être attestées que par des centres d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques répondant aux critères suivants :

— réalisation dans les 2 dernières années civiles d'au moins 10 greffes allogéniques de cellules souches hématopoïétiques par an;

— et obtention la dernière année civile de l'accréditation EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) pour les allogreffes."

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006)

"Un programme cohérent de greffes hématologiques doit être en place. Ce programme doit être communiqué, lors de la première facturation d'une greffe de cellules souches, au Service des soins de santé de l'INAMI et à la Société belge d'Hématologie qui organise un Peer review. Les données à transmettre pour le Peer review sont déterminées par la Société belge d'Hématologie. Un bilan numérique, tant global que par centre, sera transmis chaque année au Conseil technique médical institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI."

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010)

"Une intervention dans les frais relatifs au typage de donneurs potentiels en vue de trouver un donneur compatible à l'étranger, ainsi que dans les frais relatifs au prélèvement de ces cellules souches hématopoïétiques et à l'assurance du donneur à l'étranger peut être accordée par le Collège des Médecins-directeurs à la condition que le bénéficiaire, avant que ne commencent les typages, ait été inscrit dans le registre national comme candidat receveur et à la condition qu'il soit fait état de ce que le registre national des candidats donneurs de moelle osseuse a été consulté. Seulement dans des cas motivés d'urgence médicale extrême, la recherche peut débiter simultanément aussi bien au niveau national qu'à l'étranger.

Une intervention dans les frais relatifs au transport du donneur étranger de cellules souches hématopoïétiques peut être accordée dans les mêmes conditions.

Le montant de l'intervention supplémentaire dans les frais est fixé par ledit Collège sur la base d'une demande individuelle introduite via l'organisme assureur, étayée par un rapport médical circonstancié et comprenant les états de frais détaillés. L'intervention ne peut pas couvrir les frais d'inscription à un registre de candidats receveurs.

Les prestations effectuées sur le donneur et les frais d'hospitalisation sont portés en compte au receveur étant entendu qu'il soit spécifié qu'ils sont relatifs au donneur."

"	470735 470746	<p><i>"A.R. 18.9.2008" (en vigueur 1.12.2008)</i> Evaluation qualitative et audiovélocimétrique de phénomènes circulatoires (artériels et/ou veineux) par l'effet Doppler, au niveau du shunt artério-veineux d'une hémodialyse, en dehors des prestations chirurgicales, avec protocole et conclusion sur base de Dopplerogrammes standardisés</p>	K 15
		<p>La prestation 470735-470746 peut être portée en compte au maximum 12 fois par an.</p> <p>La prestation 470735-470746 n'est pas cumulable avec la prestation 114015-114026."</p>	
"	470750 470761	<p><i>"A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.5.2009)</i> Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de scratch tests ou prick tests (alimentaires prick-to-prick) avec des aliments frais (« native ») (minimum 5 tests) et/ou un composant de médicaments (minimum 5 tests) et des solutions de contrôle, avec rapport de synthèse</p>	K 30
	470772 470783	<p>Recherche d'une hypersensibilité allergique différée à un médicament ou à certains aliments au moyen de patch tests (minimum 5 tests), avec lecture à des moments ultérieurs, avec rapport de synthèse</p>	K 30
		<p>Les prestations 470750-470761 et 470772-470783 ne sont pas cumulables entre elles au cours de la même séance.</p>	
	470794 470805	<p>Recherche en milieu hospitalier d'une hypersensibilité à un médicament (ou ses composants) après des scratch tests ou prick tests négatifs pour ce médicament (ou ses composants) par intradermoréactions à doses croissantes d'allergène, avec rapport de synthèse</p>	K 250
	470816 470820	<p>Recherche en milieu hospitalier d'une hypersensibilité au venin d'hyménoptères après des prick tests négatifs par intradermoréactions avec des séries de dilution de un ou plusieurs venins avec lecture immédiate, avec rapport de synthèse</p>	K 200
	470831 470842	<p>Recherche en milieu hospitalier d'une hypersensibilité à des (composants d') aliments ou (de) médicaments, après des prick tests négatifs ou faux positifs et justification dans le rapport, par administrations successives de doses croissantes par voie orale ou parentérale, avec rapport de synthèse</p>	K 350

Les prestations 470794-470805, 470816-470820 et 470831-470842 ne peuvent être effectuées qu'en milieu hospitalier à proximité immédiate d'un service de soins intensifs disposant de possibilités de réanimation et sous surveillance médicale constante.

Les prestations 470750-470761, 470772-470783, 470794-470805, 470816-470820 et 470831-470842 peuvent également être effectuées et attestées par un médecin spécialiste en pneumologie ou en pédiatrie ou en dermatovénérologie."

b) Les prestations relevant de la spécialité en pneumologie (FG):

4101 471015 471026 *Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)*

4102 471030 471041 *Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)*

4104 471052 471063 Pleuroscopie, avec ou sans prélèvement biopsique K 50

4105 471074 471085 Pleuroscopie, avec section de brides K 75

4111 471251 471262 ** Spirographie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde K 10

4112 471273 471284 ** Spirographie avec épreuve de bronchodilatation K 20

4113 471295 471306 ** Spirographie avec épreuve pharmaco-dynamique, de provocation, suivie ou non de bronchodilatation K 35

4114 471310 471321 ** Détermination du volume résiduel K 40

4115 471332 471343 ** Détermination de l'inégalité de la ventilation, à l'exclusion de tout autre examen K 40

4116 471354 471365 ** Mesure de la capacité de diffusion K 40

4117 471376 471380 ** Etude de la mécanique ventilatoire K 40

"A.R. 10.6.2002" (en vigueur 1.8.2002) annulé par l'Arrêt n° 160.273 du 19 juin 2006 du Conseil d'Etat (M.B. 19 juillet 2006) + "A.R. 28.1.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 26.3.2003" (en vigueur 1.5.2003) annulé par l'Arrêt n° 159.179 du 23 mai 2006 du Conseil d'Etat (M.B. 20 juillet 2006)

" 4118 471391 471402 ** Ergospirométrie K 60 "

"A.R. 17.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

"L'ergospirométrie ne peut être portée en compte que :

1° pour l'évaluation de la capacité fonctionnelle et de son incidence cardiaque, pulmonaire et périphérique chez les patients présentant une grave insuffisance cardiaque, une valvulopathie grave ou une grave cardiopathie congénitale, lors d'un traitement de réadaptation cardiaque, uniquement dans les services qui figurent sur la liste établie par le Collège des médecins-directeurs en application du point B du chapitre IV de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix;

2° pour l'évaluation de l'étiologie de la dyspnée, lorsqu'après un bilan fonctionnel pulmonaire au repos, le diagnostic demeure imprécis;

3° pour la quantification physiologique de la pathologie pulmonaire en vue de déterminer précisément les capacités de travail résiduelles ou en vue d'une intervention chirurgicale pulmonaire ou en vue de l'établissement d'un traitement de rééducation fonctionnelle.

L'examen comprend une interprétation détaillée des paramètres cardiovasculaires et respiratoires, y compris du seuil anaérobie, des paramètres de la fonction respiratoire et des gaz sanguins, avec une conclusion finale.

L'indication motivant l'exécution de l'ergospirométrie d'après les indications susmentionnées est documentée dans le dossier médical.

La prestation 471391-471402 ne peut être portée en compte à un patient souffrant d'angor pectoris simple."

4119 471413 471424 *Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)*

** Exsufflation de pneumothorax spontané, y compris la radioscopie (maximum 4 exsufflations):

4131 471516 471520 première exsufflation K 30

4132 471531 471542 les suivantes K 15

4133 471553 471564 ** Exsufflation de pneumothorax spontané par aspiration continue, y compris l'examen radioscopique lors de la mise en place du drain K 40

4134 471575 471586 Création d'un pneumomédiastin K 40

"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997)

" 471612 471623 Trachéoscopie avec ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions K 70 "

"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)

" 4140 471715 471726 Bronchoscopie sans prélèvement biopsique K 100

	4141	471730	471741	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions	K	100	
	4142	471752	471763	Bronchoscopie avec ponction transcarinale et contrôle radioscopique éventuel	K	115	"
	<i>"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)</i>						
"	4143	471774	471785	Bronchoscopie avec lavage broncho-alvéolaire (minimum 100 ml)	K	120	"
	<i>"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)</i>						
"	4144	471796	471800	Bronchoscopie avec extraction de corps étrangers ou mise en place d'un élément prothétique	K	150	"
	<i>"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)</i>						
"	4145	471811	471822	Bronchoscopie avec prélèvement de biopsies pulmonaires périphériques (soit prélèvements multiples minimum 5, soit prélèvement dirigé en cas de tumeur périphérique) y compris le contrôle radioscopique éventuel	K	130	"
	Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles ni avec la prestation n° 351035 - 351046.						
	<i>"A.R. 19.9.2008" (en vigueur 1.3.2009)</i>						
"	471833	471844		Echoendoscopie bronchique	K	220	
	471855	471866		Echo-endoscopie bronchique avec ponction de tissu extramural (matérielposable non compris)	K	250	
	Les prestations 471833-471844 et 471855-471866 ne sont cumulables avec aucune autre prestation endoscopique ni d'échographie, excepté avec les prestations 473852-473863 et 473874-473885."						
	<i>"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + Erratum MB 13.11.2001 + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010)</i>						
	<i>"Pour les prestations n°s 471052 - 471063, 471251 - 471262, 471273 - 471284, 471295 - 471306, 471310 - 471321, 471332 - 471343, 471354 - 471365, 471376 - 471380, 471391 - 471402, 471516 - 471520, 471531 - 471542, 471553 - 471564, 471575 - 471586, 471612 - 471623, 471715 - 471726, 471730 - 471741, 471752 - 471763, 471774 - 471785, 471796 - 471800, 471811 - 471822, effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, la valeur relative est majorée de 13 %."</i>						
	c) les prestations relevant de la spécialité en gastro-entérologie (FH):						
	4203	472010	472021	Cure chirurgicale de papillomes ou condylomes	K	20	
	4204	472054	472065	<i>Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)</i>			
	<i>"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003)</i>						
"	4226	472076	472080	Enregistrement de la pression intra-oesophagienne simultanément sur trois niveaux au minimum, avec protocole et extrait des tracés	K	60	"
	4225	472091	472102	Dilatation pneumatique de l'oesophage, par traitement	K	150	

			"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003)			
"	4224	472113	472124	Sondage à la sonde de Sengstaken-Blackemore	K	40 "
	4220	472135	472146	Supprimée par A.R. 15.5.2003 (en vigueur 1.7.2003)		
	4205	472150	472161	Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)		
	4258	472172	472183	Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)		
	4222	472194	472205	Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)		
	4223	472216	472220	Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)		
	4231	472231	472242	Biopsie du duodénum ou de l'intestin grêle, par sonde, radioscopie comprise	K	20
	4232	472253	472264	Supprimée par A.R. 15.5.2003 (en vigueur 1.7.2003)		
			"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003)			
			"Les honoraires pour la prestation n° 472231 - 472242 ne peuvent être cumulés avec les honoraires fixés pour le tubage sous le n° 112254 - 112265."			
			"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997)			
"	4200	472356	472360	Oesophagoscopie	K	51
		472555	472566	Oesophagoscopie avec ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions	K	60 "
			"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988)			
"	4202	472393	472404	Extraction de corps étrangers par oesophagoscopie	K	144 "
			"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997)			
"	4215	472415	472426	Fibro-gastrosopie et/ou fibro-bulbosopie	K	80 "
			"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997)			
"		472570	472581	Fibro-gastrosopie et/ou fibro-bulbosopie avec ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions	K	96 "
			"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003)			
"	4236	472452	472463	Rectosigmoïdoscopie avec un endoscope flexible	K	24 "
	4239	472496	472500	Traitement complet par la méthode de la tresse de la fistule anale trans- ou supra-sphinctérienne, quel que soit le nombre de séances	K	90
	4240	472511	472522	Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)		
	4243	473012	473023	Enregistrement électromanométrique des pressions intraluminales dans le tube digestif, y compris le contrôle radioscopique avec protocole et extraits des tracés	K	24
			Prestation non cumulable avec les prestations n°s 472076 - 472080 et 473034 - 473045.			

"	4244	473034	473045	"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) Enregistrement électromanométrique de la pression dans le rectum et le canal anal simultanément à trois niveaux minimum avec protocole et extraits des tracés	K	60	"
				Prestation non cumulable avec les prestations n°s 472076 - 472080 et 473012 - 473023.			
"	4245	473056	473060	"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) Fibro-duodénoscopie (2ème et 3ème duodénum)	K	96	"
"		473734	473745	"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) Fibro-duodénoscopie (2 ^{ème} et 3 ^{ème} duodénum) avec manipulation en vue d'une cholangiowirsungographie	K	120	"
"		473793	473804	"A.R. 15.5.2003" (en vigueur : 1.7.2003) Ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions (2 ^e et 3 ^e duodénum)	K	150	"
"	4247	473093	473104	"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) Jéjunoscopie avec un entéroscope	K	138	"
"		473933	473944	"A.R. 13.4.2008" (en vigueur 1.7.2008) Examen par capsule vidéo endoscopique pour la recherche étiologique d'un saignement digestif obscur chez un patient avec anémie ferriprive documentée d'origine inconnue après un bilan endoscopique négatif comportant au minimum une gastroduodénoscopie et une colonoscopie totale, avec protocole détaillé	K	138	"
"	4249	473130	473141	"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) Colonoscopie gauche, c.à.d. atteignant l'angle gauche du côlon	K	84	"
"	4251	473174	473185	"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 8.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) Colonoscopie totale, c.à.d. atteignant l'angle droit du côlon ou la valvule iléocoecale	K	125	"
"	4253	473211	473222	"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 12.11.2008" (en vigueur 1.2.2009) Ablation complète d'un ou de plusieurs polypes du colon au moyen d'une anse diathermique à l'occasion d'une colonoscopie gauche ou d'une colonoscopie totale	K	225	"
				"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) "L'intervention de l'assurance pour la prestation 473211 - 473222 est limitée à une fois par an"			
"		473970	473981	"A.R. 28.5.2008" (en vigueur 1.6.2009) Résection endoscopique d'une lésion cancéreuse superficielle du tractus digestif supérieur par techniques de mucoséctomie (ligatures multiples ou cap aspiration) ou de dissection sous-muqueuse, y compris le rapport détaillé de la procédure. Un double de l'examen anatomopathologique doit être tenu à la disposition du médecin conseil	K	260	

			La prestation 473970-473981 n'est honorée que si elle est effectuée par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie.			
			La prestation 473970-473981 n'est cumulable avec aucune autre procédure endoscopique."			
"	473955	473966	"A.R. 12.11.2008" (en vigueur 1.2.2009) Complément d'honoraires pour ablation totale d'un ou plusieurs polypes réalisée à l'occasion d'une des prestations suivantes 473130-473141 ou 473174-473185	K	40	
			La prestation 473955-473966 n'est honorée que si elle est effectuée par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie."			
			"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) "Les prestations n°s 472356 - 472360, 472393 - 472404, 472415 - 472426, 472555 - 472566, 472570 - 472581, 473056 - 473060, 473093 - 473104, 473270 - 473281, 473292 - 473303, 473690 - 473701, 473712 - 473723, 473734 - 473745, 473793 - 473804 et 473830 - 473841 ne sont pas cumulables entre elles."			
			"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) "Les prestations n°s 472511 - 472522, 472452 - 472463, 473130 - 473141, 473174 - 473185, 473211 - 473222, 473432 - 473443 et 473756 - 473760 ne sont pas cumulables entre elles."			
	4254	473233	473244	Supprimée par A.R. 15.5.2003 (en vigueur 1.7.2003)		
	4209	473255	473266	Test fonctionnel avec protocole en vue de diagnostiquer des affections gastro-intestinales avec administration d'isotopes stables au malade. Mesure de ceux-ci dans les produits terminaux du métabolisme au moyen d'un spectrographe de masse pour isotopes stables, quel que soit le nombre d'échantillons (minimum cinq), les produits administrés inclus	K 130	
"	473270	473281	Traitement de varices oesophagiennes par voie endoscopique quel que soit le type de traitement endoscopique, y compris le produit éventuellement utilisé	K	150 "	
"	473771	473782	Hémostase en urgence, pour hémorragie digestive, avec chute de l'hémoglobine de plus de 2 gr ou nécessitant une transfusion	K	160 "	
"	4260	473292	473303	Placement d'un tuteur oesophagien, par voie endoscopique, y compris le contrôle éventuel par examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	K	180 "

"	473815	473826	"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 10.2.2008" (en vigueur 1.4.2008) Dilatation de sténoses par voie endoscopique, y compris la radioscopie éventuelle, non compris l'endoscopie elle-même	K	50	"			
	4261	473314	473325	Supprimée par A.R. 15.5.2003 (en vigueur 1.7.2003)					
	4263	473351	Supprimée par A.R. 15.5.2003 (en vigueur 1.7.2003)						
	4264	473373	Supprimée par A.R. 15.5.2003 (en vigueur 1.7.2003)						
"	4265	473395	473406	"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) Cathétérisme des voies biliaires ou de la veine porte par ponction transcutanée, y compris le contrôle radioscopique	K	100	"		
	4266	473410	473421	Cathétérisme des veines sushépatiques, en dehors des cathétérismes cardiaques, y compris les contrôles radioscopiques et électrocardiographiques	K	110	"		
"	4267	473432	473443	"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 8.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) Iléoscopie	K	125	"		
"	473756	473760	"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) Iléoscopie avec ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions				K	150	"
	4269	473476	473480	Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)					
	4270	473491	473502	Test d'hydrogène respiratoire avec six déterminations au minimum de H2 dans l'air respiratoire après administration perorale du substrat, avec protocole	K	60	"		
"	4272	473535	473546	"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) Mise en place d'une endoprothèse des voies biliaires par voie percutanée sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	K	200	"		
	4273	473550	473561	Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)					
	4274	473572	473583	Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)					
				"A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010) "Les prestations 473395-473406 et 473535-473546 ne sont pas cumulables entre elles."					
"	473594	473605	"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) Enregistrement Holter, durant 24 heures, dans l'oesophage, du pH avec protocole et extrait des tracés				K	45	"
	473616	473620	Enregistrement Holter, durant 24 heures, dans l'oesophage, de mesures simultanées de pression à au moins 3 niveaux différents avec protocole et extrait des tracés				K	90	"

"	473631	473642	"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) Enregistrement Holter, durant 24 heures, dans l'oesophage, du pH et des mesures simultanées de pression à au moins 3 niveaux différents avec protocole et extrait du tracé pH et des trois tracés de mesures simultanées de pression	K 150	"
"	474670	474681	"A.R. 21.1.2009" (en vigueur 1.5.2009) Enregistrement Holter, durant 24 heures, dans l'oesophage de mesures simultanées de pH et d'impédance à au moins 3 niveaux différents avec protocole et extrait du tracé de pH et des trois tracés de mesures simultanées d'impédance	K 150	
			La prestation 474670-474681 n'est honorée que si elle est effectuée par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en pédiatrie.		
			La prestation 474670-474681 n'est pas cumulable avec les prestations 473594-473605, 473616-473620 et 473631-473642."		
"	473653	473664	"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) Traitement d'une sténose du tube digestif, par laser	K 120	"
"	473675	473686	"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) Coagulation d'une angiodysplasie du tube digestif	K 150	"
"	473690	473701	"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) Fibroduodéoscopie avec papillotomie	K 250	"
"	473830	473841	"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) Cholangiowirsungographie rétrograde avec extraction de calculs cholédociens	K 350	"
"	473712	473723	"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) Placement d'une prothèse de dilatation des voies biliaires par fibroduodéoscopie	K 400	"
			"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) "Les honoraires pour la prestation n° 473712 - 473723 ne couvrent pas les frais du stent endoluminal ou de la prothèse."		
"	473852	473863	"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) Echoendoscopie du tube digestif supérieur	K 220	
	473874	473885	Echoendoscopie avec ponction de tissu extramural (matériel disposable non compris)	K 250	
	473896	473900	Echoendoscopie ano-rectale	K 180	"
			"A.R. 19.9.2008" (en vigueur 1.3.2009) "Les prestations 473852-473863, 473874-473885 et 473896-473900 ne peuvent être portées en compte que dans le cadre de suspicion de pathologie oncologique."		

Elles ne sont cumulables avec aucune autre prestation endoscopique ni avec une échographie abdominale. Néanmoins les prestations 473852-473863 et 473874-473885 sont cumulables avec les prestations 471833-471844, 471855-471866, 473712-473723 et 473911-473922."

" A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003)
 " 473911 473922 Cystogastrostomie endoscopique ou cystoduo- dénostomie endoscopique K 350 "

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)
 "Les prestations n°s 244215 - 244226, 244252 - 244263, 244311 - 244322, 244355 - 244366, 244370 - 244381, 244436 - 244440, 244451 - 244462, 244495 - 244506, 244510 - 244521, 244532 - 244543, 244554 - 244565, 244576 - 244580, 244591 - 244602, 244613 - 244624, 244635 - 244646 prévues au chapitre V, article 14, littera d), et 244473 - 244484 de la présente nomenclature sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie."

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + Erratum MB 13.11.2001 + "A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.4.2008" (en vigueur 1.7.2008) + "A.R. 21.1.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010)
 "Pour les prestations n°s 472076 - 472080, 472091 - 472102, 472113 - 472124, 472231 - 472242, 472356 - 472360, 472393 - 472404, 472415 - 472426, 472452 - 472463, 472555 - 472566, 472570 - 472581, 473012 - 473023, 473034 - 473045, 473056 - 473060, 473093 - 473104, 473933 - 473944, 473130 - 473141, 473174 - 473185, 473211 - 473222, 473255 - 473266, 473270 - 473281, 473292 - 473303, 473395 - 473406, 473410 - 473421, 473432 - 473443, 473491 - 473502, 473535 - 473546, 473594 - 473605, 473616 - 473620, 473631 - 473642, 473653 - 473664, 473675 - 473686, 473690 - 473701, 473712 - 473723, 473734 - 473745, 473756 - 473760, 473771 - 473782, 474670 - 474681 effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, la valeur relative est majorée de 13 %."

d) les prestations relevant de la spécialité en pédiatrie (FJ):

5401 474014 474025 *Supprimée par A.R. 30.11.2003 (en vigueur 1.02.2004)*

" A.R. 12.8.1994" (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)]
 " 5402 474036 474040 ** Ponction d'ascite chez l'enfant de moins de sept ans K 11,3

5403 474051 474062 ** Ponction fémorale, jugulaire ou du sinus longitudinal chez l'enfant de moins de sept ans K 11,3 "

" A.R. 12.8.1994" (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)] + "A.R. 28.5.2008" (en vigueur 1.11.2008)
 " 5405 474095 474106 ** Ponction lombaire, exploratrice ou thérapeutique, y compris l'aiguille, chez l'enfant de moins de sept ans K 31 "

" A.R. 12.8.1994" (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)]
 " 5406 474110 474121 ** Ponction médullaire chez l'enfant de moins de sept ans K 11,3

5407 474132 474143 ** Ponction péricardique chez l'enfant de moins de sept ans K 11,3

	5408	474154	474165	** Ponction pleurale chez l'enfant de moins de sept ans	K 11,3	
	5409	474176	474180	** Ponction ventriculaire ou sous-durale avec ou sans injection chez l'enfant de moins de sept ans	K 11,3	
	5410	474191	474202	** Ponction artérielle ou veineuse, après dénudation du vaisseau, chez l'enfant de moins de sept ans	K 13,56	
	5411	474213	474224	** Ponction évacuatrice de plèvre ou du péritoine, avec ou sans lavage, avec ou sans injection, chez l'enfant de moins de sept ans	K 20,34	"
	5412	474235	474246	<i>Supprimée par A.R. 23.11.2005 (en vigueur 1.2.2006)</i>		
				<i>"A.R. 12.8.1994" (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)]</i>		
"	5413	474250	474261	** Tubage gastrique chez l'enfant de moins de sept ans	K 9,04	
	5414	474272	474283	** Tubage duodénal chez l'enfant de moins de sept ans	K 16,95	"
				<i>"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) + "A.R. 26.3.2003" " [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]</i>		
"	5415	474294	474305	** Perfusion intraveineuse chez l'enfant de moins de sept ans	K 16,95	"
				<i>"A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]</i>		
"		474655	474666	** Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang ou de plasma chez un enfant de moins de sept ans	K 28,25	"
	5417	474331	474342	Exsanguinotransfusion	K 130	
				<i>"A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]</i>		
"	5418	474353	474364	** Rectoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'enfant de moins de 7 ans	K 33,90	"
	5420	474390	474401	Intubation trachéale sous laryngoscopie directe (en dehors de la narcose) chez le nouveau-né (jusqu'à l'âge de 15 jours), y compris la respiration artificielle éventuelle d'une durée ne dépassant pas une heure (non cumulable avec les prestations n°s 211013 - 211024 et 211035 - 211046 du chapitre réanimation)	K 51	
				<i>"A.R. 12.8.1994" (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)]</i>		
"		474633	474644	Supplément pour aspiration trachéobronchique réalisée chez un patient séjournant au service NIC ou N*, à l'occasion des prestations n°s 211013 - 211024, 211035 - 211046	K 35	"
				<i>"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995)</i>		
				<i>"L'intervention de l'assurance pour la prestation n° 474633 - 474644 est limitée à une fois par jour."</i>		

	5423	474456	474460	Mise en place d'un cathéter ombilical chez le nouveau-né en dehors de la narcose, non cumulable avec l'exsanguinotransfusion	K	18	
				<i>"A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009)</i>			
"		474692	474703	Mise en place d'un cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICC) chez le nouveau-né séjournant dans un service NIC ou dans une fonction N*	K	30	"
				<i>"A.R. 12.8.1994" (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)]</i>			
"	5425	474493	474504	Biopsies du duodénum et/ou de l'intestin grêle par sonde, radioscopie comprise, chez un enfant de moins de sept ans	K	56,50	"
				<i>"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 14.12.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)</i>			
"	5426	474515	474526	Présence effective dans la salle d'accouchement à la fin du travail et au moment de la naissance et prise en charge du nouveau-né en cas de grossesse à risque et sur prescription du médecin accoucheur, du médecin spécialiste en pédiatrie, par nouveau-né	K	52	"
				<i>"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)</i>			
				"Par grossesse à risque, il faut comprendre les situations telles que reprises dans l'annexe à l'Arrêté royal du 20 août 1996 fixant les normes auxquelles une fonction de soins néonataux locaux (fonction N*) doit satisfaire pour être agréée."			
				Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 474250 - 474261.			
	5427	474530	474541	Polygraphie de neuro-diagnostic faite pendant la première année de vie, avec enregistrement simultané et continu, pendant au moins deux heures, de minimum 6 dérivations (telles que fréquence cardiaque, mouvements et fréquence respiratoires, E.M.G., E.O.G., E.E.G., pression et/ou pH oesophagien ou autres paramètres) avec protocole et extraits de tracés	K	65	
				Examen polysomnographique d'une durée minimum de six heures avec protocole et extraits des tracés:			
				<i>"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995)</i>			
"	5428	474552	474563	Enregistrement continu et simultané comprenant au moins l'E.E.G., l'E.O.G., l'E.C.G., l'oxymétrie continue et 2 paramètres respiratoires	K	180	
				L'intervention de l'assurance pour la prestation n° 474552 - 474563 est limitée à une seule fois par an, sauf pour le bénéficiaire chez lequel la prestation n° 474552 - 474563 a prouvé la présence d'une pathologie manifeste nécessitant un monitoring apnéique."			

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009)
 "Les prestations n°s 474530 - 474541 et 474552 - 474563 ne sont pas cumulables avec les prestations n°s 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 211175 - 211186, 211190 - 211201, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, 214115 - 214126. Pendant une même période d'hospitalisation, une seule des prestations n°s 474541, 474563 et 477385 peut être portée en compte; la répétition de la prestation n° 474541 ne peut être portée en compte qu'après une période de deux mois."

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

" 474596 474600 Biopsie osseuse à l'aiguille chez un enfant de moins de 7 ans K 22,6 "

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

" 474714 474725 Epuration extra rénale pour le traitement d'une insuffisance rénale chronique par technique d'hémodialyse ou d'hémofiltration intermittente chez un enfant de moins de 14 ans dans un hôpital comportant un centre agréé pour la dialyse infantile K 248 "

e) les prestations relevant de la spécialité en cardiologie (FL):

5501 475016 475020 ** Défibrillation électrique du coeur, y compris le contrôle électrocardiographique pendant l'intervention K 50

5504 475075 475086 *Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*

5505 475090 *Supprimée par A.R. 13.4.2008 (en vigueur 1.6.2008)*

"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)

" 475812 475823 Epreuve d'effort ou d'hypoxie avec monitoring continu d'au moins une dérivation avant chaque changement de charge, à la fin de l'épreuve et pendant au moins trois minutes après la fin de l'épreuve, plusieurs enregistrements électrocardiographiques de différentes dérivations et mesures de tension artérielle, avec extraits et protocole standardisé K 30 "

"A.R. 10.6.2002" (en vigueur 1.8.2002)

" 5524 475532 475543 Epreuve pharmacodynamique, lors de stress-test cardiaque par scintigraphie ou par échographie, suivie de contrôles électrocardiographiques, avec protocole K 25 "

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

" 476335 476346 Tilt-test à 60° d'une durée minimale de 45' ou jusqu'à la manifestation de la syncope, sous contrôle électrocardiographique continu et sous monitoring non invasif de la pression sanguine, avec ou sans administration de médicaments, avec protocole K 75

Les prestations 476335 - 476346 et 475532 - 475543 ne sont pas cumulables entre elles".

"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 6.3.2007" (en vigueur 1.5.2007) partiellement annulé par l'Arrêt n° 178.064 du 19 décembre 2007 du Conseil d'Etat (M.B. 29 janvier 2008) + "A.R. 17.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 17.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)

"	475856 475860	Contrôle de la qualité et/ou reprogrammation d'un stimulateur cardiaque, chambre simple (SSI), avec interrogation de la mémoire et mesure du seuil de stimulation et de sensibilité, avec protocole et tracés	K	20	
	475871 475882	Contrôle de la qualité et/ou reprogrammation d'un stimulateur cardiaque, chambre double (D.D.D.) ou chambre triple (CRT-P), avec interrogation de la mémoire et mesure du seuil de stimulation et de sensibilité, avec protocole et tracés	K	44	
	475893 475904	Contrôle de la qualité et/ou reprogrammation d'un défibrillateur cardiaque, avec mesure du seuil de stimulation et de sensibilité, avec évaluation de la performance du défibrillateur, avec protocole et tracés	K	70	"

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)
 "Les prestations 475856-475860, 475871-475882 et 475893-475904 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000."

"A.R. 17.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)
 "Les prestations 475856 – 475860, 475871 – 475882 et 475893 – 475904 ne sont pas cumulables entre elles. Elles peuvent uniquement être portées en compte par le médecin spécialiste en cardiologie. Elles sont remboursables maximum deux fois par année civile en ce qui concerne les prestations 475856 – 475860, 475871 – 475882, et trois fois par année civile pour la prestation 475893 – 475904. Cette restriction n'est d'application ni dans l'année qui suit l'implantation, ni en cas d'urgence exceptionnelle documentée dans le dossier médical."

"A.R. 17.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)
 "Dans les prestations 475856-475860, 475871-475882 et 475893-475904, l'exécution éventuelle d'un électrocardiogramme (prestation n° 475075-475086) est comprise."

"	475974 475985	Mise en place percutanée d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s) par voie transveineuse	K	188	
	475996 476000	Remplacement d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s) par voie transveineuse	K	99	

La prestation 475996-476000 ne peut pas être cumulée avec la prestation 589433-589444. "

"A.R. 17.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)

"	475930 475941	Repositionnement d'une ou plusieurs électrodes cardiaques, un autre jour que celui de l'implantation	K	108	
---	---------------	--	---	-----	--

	475952	475963	Implantation par voie transveineuse d'une électrode ventriculaire gauche, connectée à un pacemaker ou un défibrillateur cardiaque	K 248	"
			<i>"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + Erratum M.B. 23.12.2011</i>		
			"Les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 469114-469125.		
			Si les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000 sont effectuées dans le même temps opératoire que la prestation 354373-354384, chaque prestation est honorée à 100 %.		
			Les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000 sont aussi remboursées si elles sont effectuées par un médecin spécialiste en chirurgie."		
	475650	475661	<i>Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)</i>		
"	475834	475845	<i>"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992)</i> Enregistrement avec analyse qualitative et quantitative d'une électrocardiographie à haute amplitude par dérivations orthogonales en vue du dépistage de potentiels anormaux en cas de risque d'arythmie ventriculaire documentée, avec protocole	K 30	
			Les prestations n°s 475812 - 475823 et 475834 - 475845 ne sont pas cumulables entre elles."		
			Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la fonction cardiaque.		
			Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux, y compris éventuellement les prises d'échantillons de sang pour dosage, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électrocardiographiques, la dénudation et l'injection de produits opacifiants avec ou sans épreuve d'effort ou épreuve pharmacodynamique, avec protocole et tracés (non cumulables avec la consultation):		
	5540	476011 476022	par voie veineuse	K 80	
			<i>"A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.1.2012)</i>		
"	5541	476033 476044	par voie veineuse avec ponction transseptale	K 200	"
	5542	476055 476066	par voie artérielle	K 134	
			<i>"A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011)</i>		
"	5543	476070 476081	par voies veineuse et artérielle	K 266	"

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011)

"Les prestations 476011-476022, 476033-476044, 476055-476066 et 476070-476081 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 476011-476022, 476033-476044, 476055-476066 et 476070-476081 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."

"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 17.8.2007" (en vigueur 1.11.2007)

"	476276	476280	Examen électrophysiologique approfondi sans ablation en vue de l'éveil et de l'arrêt de tachycardies au moyen de trois cathéters ou plus, y compris la prise d'échantillons de sang, les contrôles radioscopiques et électrocardiographiques, l'administration de produits pharmaceutiques et opacifiants, avec protocole et tracés	K	750	
	476291	476302	Examen électrophysiologique restreint sans ablation en vue de l'étude de la fonction du noeud sino-auriculaire et de la conduction atrioventriculaire au moyen d'un ou de plusieurs cathéters, y compris les enregistrements électrocardiographiques	K	120	"
"	476313	476324	"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) Diagnostic et/ou traitement de tachycardies par stimulations électriques au moyen d'un ou plusieurs cathéters endocavitaires, y compris les enregistrements électrocardiographiques	K	120	"
			"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011) "La prestation n° 476276 - 476280 n'est pas cumulable avec la consultation ni avec les prestations n°s 212214 - 212225, 476011 - 476022, 476033 - 476044, 476055 - 476066, 476070 - 476081 et 476313 - 476324."			
			"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) "La prestation n° 476291 - 476302 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 212214 - 212225, 476276 - 476280 et 476313 - 476324.			
			La prestation n° 476313 - 476324 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 212214 - 212225, 476276 - 476280 et 476291 - 476302."			
			Mesure du débit cardiaque par les courbes de thermodilution ou par les courbes de dilution de colorant et calcul des temps circulatoires:			
	5545	476114	476125	au repos, deux déterminations séparées au minimum	K	60

"	5546	476136	476140	"A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990) Deux déterminations séparées au repos et trois déterminations à l'effort au minimum	K 150	"
	5548	476173	476184	Supprimée par A.R. 6.3.2007 (en vigueur 1.5.2007) + Supprimée par A.R. 26.10.2011 (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011)		
	5549	476195	476206	Supprimée par A.R. 26.10.2011 (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011)		
				Monitoring de Holter.		
"		476210	476221	"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) + "A.R. 8.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 22.8.2002" (en vigueur 1.9.2002) Monitoring de Holter : Enregistrement électrocardiographique continu pendant 24 heures au moins, au moyen d'un appareil portable à bande magnétique ou à mémoire interne, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire les tracés complets	K 64	"
"	5535	476232	476243	"A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) + "A.R. 8.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 22.8.2002" (en vigueur 1.9.2002) Répétition dans le délai d'un an de la prestation n° 476210 - 476221	K 48	"
				L'intervention de l'assurance n'est due pour la prestation n° 476232 - 476243 qu'après autorisation du médecin-conseil.		
				Le prestataire transmettra au médecin-conseil une demande motivée justifiant la répétition de l'examen.		
"		476254	476265	"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 22.8.2002" (en vigueur 1.9.2002) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) Monitoring de Holter : analyse électrocardiographique continue pendant 24 heures, au moins, au moyen d'un appareil portable, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire une partie des tracés	K 40	"
		475753	475764	Supprimée par A.R. 10.11.2005 (en vigueur 1.1.2006)		
		476615	476626	Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)		
"		476630	476641	"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) Mapping électrocardiographique de tachy-arythmies pendant une intervention chirurgicale pour troubles du rythme cardiaque avec protocole et tracés	K 378	
				La prestation n° 476630 - 476641 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 589315 - 589326 et 589330 - 589341."		

"	476652	476663	"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) Cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse	K	150	"
			"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + Erratum MB 13.11.2001 + "A.R. 17.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011) "Pour les prestations n°s 475016 - 475020, 475532 - 475543, 475812 - 475823, 475834 - 475845, 475856 - 475860, 475871 - 475882, 475893 - 475904, 476011 - 476022, 476033 - 476044, 476070 - 476081, 476114 - 476125, 476210 - 476221, 476232 - 476243, 476254 - 476265, 476276 - 476280, 476291 - 476302, 476313 - 476324, 476335 - 476346, 476630 - 476641, 476652 - 476663, effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, la valeur relative est majorée de 13 %."			
			f) les prestations relevant de la spécialité en neuropsychiatrie (FM):			
"	5604	477050	477061 "A.R. 10.7.1990" (en vigueur 1.7.1990) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) Convulsivothérapie par procédé chimique ou physique, la thérapeutique devant être réellement convulsivante - électro-narcose, par séance	K	25	"
"	5607	477116	477120 "A.R. 22.8.2002" (en vigueur 1.9.2002) * Electromyographie	K	63	
	5608	477131	477142 * Examen électro-encéphalographique, avec rapport, 6 dérivation électroencéphalographiques simultanées au minimum	K	58,5	"
	5611	477190	477201 Supprimée par A.R. 23.11.2005 (en vigueur 1.2.2006)			
	5613	477234	477245 Supprimée par A.R. 19.8.2011 (en vigueur 1.10.2011)			
			Potentiels cérébraux évoqués avec protocole et extraits des tracés - par stimulation visuelle; - par stimulation auditive; - par stimulation somesthésique, y compris les mesures éventuelles effectuées au niveau spinal du plexus brachial ou des nerfs périphériques (non cumulables avec l'électromyographie):			
	5618	477315	477326 un des examens cités ci-avant	K	75	
	5619	477330	477341 deux examens	K	115	
	5620	477352	477363 les trois examens	K	150	
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) "Les prestations n°s 477315 - 477326, 477330 - 477341 et 477352 - 477363 ne peuvent pas être portées en compte en cas de screening systématique des nouveau-nés dans le cadre de dépistage de surdité néo-natale et non cumulable avec les prestations n°s 477116 - 477120 et 558552 - 558563."			
			Examen polysomnographique d'une durée minimum de six heures avec protocole et extraits des tracés.			

			<i>"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995)</i>	
"	5621	477374	477385	Enregistrement continu et simultané comprenant au moins l'E.E.G., l'E.O.G., l'E.C.G., l'oxymétrie continue et 2 paramètres respiratoires
				K 180
				L'intervention de l'assurance pour la prestation n° 477374 - 477385 est limitée à une fois par an."
				<i>"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009)</i>
				"La prestation n° 477374 - 477385 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 211175 - 211186, 211190 - 211201, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, 214115 - 214126."
				<i>"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995)</i>
				"Pendant une même période d'hospitalisation, seule une des prestations n°s 474541, 474563 et 477385 peut être portée en compte; la répétition de la prestation n° 474541 ne peut être portée en compte qu'après une période de deux mois."
	5623	477411	477422	Enregistrement électroencéphalographique continu pendant 24 heures au moins, au moyen d'un appareil portable à bande magnétique (technique type Holter) avec minimum 4 dérivation, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et extraits des tracés
				K 150
				<i>"A.R. 22.11.2007" (en vigueur 1.2.2008)</i>
				"Pour les enfants admis dans un service de soins intensifs néonatal NIC (270), après asphyxie périnatale ou pour l'adaptation d'une thérapie anti-épileptique pendant la phase d'un oedème cérébral réactionnel, la prestation 477411-477422 peut n'être effectuée qu'avec 3 électrodes.
				Cette prestation peut être portée en compte maximum trois fois pendant la période critique de l'oedème réactionnel et de l'encéphalopathie post-asphyxique."
				La répétition de cette prestation ne peut être portée en compte qu'après une période d'un an.
	5624	477433	477444	Electroneuro-oculographie avec protocole et extraits des tracés
				K 12
				<i>"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)</i>
"		477470	477481	* Mesure de la vitesse de conduction nerveuse (motrice et/ou sensitive) et/ou tests myasthéniques et/ou réflexe d'Hoffman et/ou ondes F, une ou plusieurs régions avec rapport, au moins deux tests
				K 40
		477492	477503	* Mesure de la vitesse de conduction motrice et/ou sensitive, une région, avec rapport
				K 15
		477514	477525	* Mesure de la vitesse de conduction motrice et/ou sensitive, plusieurs régions, avec rapport
				K 30

Les prestations n°s 477470 - 477481, 477492 - 477503, 477514 - 477525 ne sont pas cumulables entre elles, ni avec les prestations visées à l'article 22, II Prestations thérapeutiques.

477536 477540 Exploration de l'intégrité et de la vitesse de conduction dans les fibres motrices centrales par stimulation magnétique percutanée du cortex moteur K 70 "

" 477573 "A.R. 24.1.2011" (en vigueur 1.4.2011)
Examen neuropsychologique avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient chez qui on suspecte un début de démence K 90

La prestation 477573 comprend l'exécution de l'examen neuropsychologique validé et détaillé (durée minimum de 45 minutes) des fonctions cognitives importantes atteintes dans le syndrome démentiel (selon DSM IV) : la mémoire, l'aptitude langagière, l'aptitude visuo-spatiale et les fonctions de l'attention et les aptitudes à l'exécution.

La prestation 477573 peut être seulement attestée avec une des prestations 102933 ou 102992.

La prestation 477573 peut être seulement attestée par le médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie.

La prestation 477573 peut être confiée pour l'exécution technique à un aidant compétent avec une connaissance spéciale en neuropsychologie en collaboration comme auxiliaire qualifié selon les dispositions de l'article 1^{er}, § 4 bis, 1^{er}, et II, B, 2, a) à i), pour la prestation concernée."

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + Erratum MB 13.11.2001
"Pour les prestations n°s 477116 - 477120 et 477131 - 477142 effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, la valeur relative est majorée de 13 %."

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)
"f)bis les prestations relevant de la spécialité en neurologie :"

" 477606 "A.R. 11.6.2011" (en vigueur 1.8.2011)
Honoraires pour un examen neurologique approfondi, la détermination du score sur la "Coma-Recovery-Scale revisited" chez un patient en état végétatif ou paucirelationnel dans un "centre d'expertise pour patients comateux" et l'analyse des résultats avec l'équipe chargée du traitement K 60

La prestation 477606 ne peut être portée en compte que par le médecin spécialiste en neurologie lié à un "centre d'expertise pour les patients comateux" comme défini dans l'arrêté royal du 4 juin 2008 fixant les normes auxquelles la section "centre d'expertise pour les patients comateux" doit répondre pour être agréée.

La prestation 477606 ne peut être portée en compte qu'une fois par semaine d'hospitalisation du patient dans ce centre d'expertise.

Les résultats de l'examen et leur analyse sont chaque fois inscrits dans le dossier du patient.

Les enregistrements nécessaires à l'agrément du centre d'expertise, l'établissement du document de sortie et les discussions éventuelles avec la famille et l'entourage du patient sont compris dans ces honoraires."

"	"A.R. 6.6.2012" (en vigueur 1.9.2012)			
	477724	Honoraires pour le médecin spécialiste en neurologie pour la coordination de la mise au point diagnostique et de l'établissement d'un plan de traitement par une équipe multidisciplinaire en soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) lors de la prise en charge d'un bénéficiaire hospitalisé en raison d'un AVC récent	K	86
	477746	Honoraires pour le médecin accrédité spécialiste en neurologie pour la coordination de la mise au point diagnostique et de l'établissement d'un plan de traitement par une équipe multidisciplinaire en soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) lors de la prise en charge d'un bénéficiaire hospitalisé en raison d'un AVC récent	K Q	86 105 +
	477761	Honoraires pour le médecin spécialiste en neurologie pour la coordination d'une équipe multidisciplinaire en soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) afin d'établir un plan de soins pour un bénéficiaire hospitalisé en raison d'un AVC	K	86
	477783	Honoraires pour le médecin accrédité spécialiste en neurologie pour la coordination d'une équipe multidisciplinaire en soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) afin d'établir un plan de soins pour un bénéficiaire hospitalisé en raison d'un AVC	K Q	86 105 +

Les prestations 477724, 477746, 477761 et 477783 peuvent être attestées par le médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.

Seule une des prestations 477724 ou 477746 peut être attestée une seule fois durant les premières 24 heures de l'admission, en raison d'un accident vasculaire cérébral récent intervenu dans un délai de moins de deux semaines sur base de l'examen clinique, l'anamnèse et/ou l'imagerie médicale.

Seule une des prestations 477761 ou 477783 peut être attestée une seule fois par admission.

La prestation 477761 ou la prestation 477783 ne peut être attestée uniquement à partir du lendemain de l'exécution d'une des prestations 477724 ou 477746.

Les prestations 477761 et 477783 comprennent un rapport avec un plan de soins, ajouté au dossier du patient et communiqué au médecin traitant et au patient et/ou à son entourage.

Les prestations 477724, 477746, 477761 et 477783 ne sont attestées que dans un hôpital, dans lequel, toutes les conditions suivantes sont remplies :

1° une « évaluation neurologique » par un médecin spécialiste en neurologie ou par le médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, est exécutée endéans les 30 minutes qui suivent l'admission à l'hôpital;

2° les examens CT sont possibles dans l'heure qui suit l'admission;

3° une thrombolyse peut se faire endéans l'heure et demie qui suit l'admission;

4° un chirurgien ayant une expertise en chirurgie vasculaire et un neurochirurgien appartiennent aux médecins hospitaliers de cet hôpital;

5° un médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation appartient aux médecins hospitaliers de cet hôpital;

6° une équipe multidisciplinaire en soins de l'AVC est disponible, composée d'au moins :

a) une équipe de neurologues disponible durant 24 heures par jour;

b) un logopède, un ergothérapeute et un kinésithérapeute, tous ayant une expertise en soins de l'AVC;

c) un praticien de l'art infirmier qui est affecté à cette équipe en soins de l'AVC."

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

"f)ter les prestations relevant de la spécialité en psychiatrie :"

g) les prestations relevant de la spécialité en rhumatologie (FO):

"A.R. 12.11.2008" (en vigueur 1.2.2009)

" 478030 478041 Evaluation standard par le médecin spécialiste en rhumatologie accrédité du processus actif de la maladie, de l'évolution et du pronostic, chez un patient avec une pathologie inflammatoire rhumatoïde, avec plan de traitement et rapport écrit au généraliste

K 55

La prestation 478030 - 478041 peut être attestée au maximum 2 fois par an chez un patient avec arthrite rhumatoïde, spondylite ankylosante ou arthrite psoriasique qui est traitée par « disease modifying antirheumatic drugs » (DMARDs) ou par pharmacothérapie biologique de base (« biologicals ») et peut être cumulée avec les honoraires de la consultation 102152 ou 102653.

Le résultat de l'évaluation standard (clinique rhumatologique, évaluation du patient, interprétation et plan de traitement) est conservé dans le dossier du patient."

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

"Les prestations énumérées au chapitre V, article 14, littera k, I, § 2, B, 2°, 3°, 4°, 5°, C, 2°, 3°, 4°, 5°, D, 2°, 3°, 4°, 5°, II et III a) sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en rhumatologie."

"A.R. 12.8.2008" (en vigueur 1.11.2008)

" 478015 478026 Ponction diagnostique ou ponction thérapeutique d'une ou de plusieurs articulations des membres chez un patient souffrant de rhumatisme inflammatoire K 15

Les résultats de l'examen de laboratoire et les données relatives à l'injection thérapeutique sont mentionnés dans le dossier médical."

"A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010)

"h) les prestations relevant de la spécialité en gériatrie .:"

"A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.6.2009)

"i) les prestations relevant de la spécialité en oncologie médicale"

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

"§ 2. Jusqu'au 31 décembre 2011 sont en tout cas considérées comme connexes à l'une des spécialités énumérées à l'article 20, § 1^{er}, les prestations relevant des autres spécialités énumérées au même article. A partir du 1^{er} janvier 2012, les règles de connexité suivantes sont d'application :

A. En dehors des prestations mentionnées sous la propre spécialité de pathologie interne pour laquelle le médecin spécialiste est agréé, les prestations suivantes du § 1^{er} peuvent être attestées par le médecin spécialiste à titre connexe pour les patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa propre spécialité : "

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)

"1. le médecin spécialiste en médecine interne peut également attester les prestations suivantes :

— de la rubrique b) 471251-471262, 471273-471284, 471295-471306, 471310-471321, 471354-471365, 471376-471380, 471391-471402, 471715-471726, 471774-471785,

— de la rubrique c) 472113-472124, 472356-472360, 472393-472404, 472415-472426, 472452-472463, 473056-473060, 473130-473141, 473174-473185, 473255-473266, 473432-473443, 473491-473502, 473594-473605,

— de la rubrique e) 475812-475823, 476210-476221, 476254-476265;

— de la rubrique f) 477374-477385;

2. le médecin spécialiste en pneumologie peut également attester les prestations suivantes :

- de la rubrique a) 470271 et 470794-470805,
- de la rubrique c) 473852-473863 et 473874-473885,
- de la rubrique e) 475812-475823, 476011-476022, 476114-476125,
- de la rubrique f) 477374-477385;

3. le médecin spécialiste en gastro-entérologie peut également attester les prestations suivantes :

- de la rubrique a) 470271, 470750-470761, 470772-470783, 470816-470820, 470831-470842;"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + Erratum M.B. 19.12.2011

"4. le médecin spécialiste en pédiatrie peut également attester les prestations de la rubrique a) ainsi que les prestations suivantes :

- de la rubrique b) 471251-471262, 471273-471284, 471295-471306, 471310-471321, 471332-471343, 471354-471365, 471376-471380, 471391-471402, 471516-471520, 471531-471542, 471553-471564, 471612-471623, 471715-471726, 471730-471741, 471752-471763, 471774-471785, 471796-471800, 471811-471822,
- de la rubrique c) 472076-472080, 472091-472102, 472113-472124, 472231-472242, 472356-472360, 472393-472404, 472415-472426, 472452-472463, 472555-472566, 472570-472581, 473012-473023, 473034-473045, 473056-473060, 473093-473104, 473130-473141, 473174-473185, 473211-473222, 473255-473266, 473270-473281, 473432-473443, 473491-473502, 473594-473605, 473616-473620, 473631-473642, 473771-473782, 473815-473826, 473933-473944, 474670-474681,
- de la rubrique e) 475812-475823, 476011-476022, 476055-476066, 476070-476081, 476210-476221, 476232-476243, 476254-476265,
- de la rubrique f) 477131-477142, 477315-477326, 477330-477341, 477352-477363, 477411-477422, 477470-477481, 477492-477503, 477514-477525;"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)

"5. le médecin spécialiste en gériatrie peut également attester les prestations suivantes :

- de la rubrique a) 470271 et 470433-470444,
- de la rubrique b) 471251-471262, 471273-471284, 471310-471321, 471391-471402, 471715-471726, 471774-471785,
- de la rubrique c) 472356-472360, 472393-472404, 472415-472426, 472452-472463, 473056-473060, 473130-473141, 473174-473185, 473255-473266, 473432-473443,
- de la rubrique e) 475812-475823;"

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

"6. le médecin spécialiste en cardiologie peut également attester les prestations suivantes :

- de la rubrique b) 471251-471262, 471273-471284, 471295-471306 et 471391-471402;

7. Le médecin spécialiste en neurologie peut également attester les prestations de la rubrique f);"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.10.2011)

"8. Le médecin spécialiste en psychiatrie peut également attester les prestations suivantes :

— de la rubrique f) 477050-477061, 477131-477142, 477315-477326, 477330-477341, 477352-477363, 477374-477385, 477411-477422."

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)

"9. le médecin spécialiste en oncologie médicale peut également attester les prestations suivantes :

— de la rubrique a) 470551-470562, 470654-470665, 470680, 470271, 470514-470525, 470536-470540, 470573-470584, 470595-470606, 470610-470621, 470632-470643, 470691-470702, 470713-470724, 470864, 470956-470960,

— de la rubrique b) 471251-471262, 471273-471284, 471295-471306, 471391-471402, 471715-471726, 471774-471785,

— de la rubrique c) 472356-472360, 472393-472404, 472415-472426, 472452-472463, 473056-473060, 473130-473141, 473174-473185, 473255-473266, 473432-473443,

— de la rubrique e) 475812-475823;

10. le médecin spécialiste en rhumatologie peut également attester les prestations suivantes :

— de la rubrique a) 470750-470761, 470772-470783, 470816-470820, 470831-470842."

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

"B.

1. Le médecin spécialiste agréé dans l'une des spécialités qui appartiennent à la pathologie interne, possédant un titre professionnel particulier peut attester les prestations de l'article 20, § 1^{er}, qui appartiennent à sa spécialité de base.

2. le médecin spécialiste en pédiatrie possédant un titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique peut également attester les prestations du § 1^{er}, f)."

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)

"3. le médecin spécialiste porteur d'un titre professionnel particulier en soins intensifs peut également attester les prestations suivantes :

— de la rubrique a) 470271, 470455-470466, 470492-470503,

— de la rubrique b) 471516-471520, 471531-471542, 471553-471564, 471715-471726,

— de la rubrique c) 472113-472124, 473771-473782,

— de la rubrique d) 474036-474040, 474294-474305, 474095-474106, 474191-474202, 474213-474224, 474456-474460, 474692-474703."

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)

"C. Parmi les prestations de l'article 20, § 1^{er}, le médecin spécialiste agréé pour une spécialité autre que celles de la pathologie interne, peut pour les patients qu'il soigne dans le cadre de sa spécialité, attester seulement les prestations suivantes :

1. le médecin spécialiste en chirurgie peut également attester les prestations 470492-470503, 472113-472124, 472356-472360, 472393-472404, 472415-472426 et 472452-472463;

2. le médecin spécialiste en neurochirurgie peut attester la prestation 477131-477142,

3. le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation peut attester les prestations 470492-470503, 472113-472124, 474051-474062, 474191-474202, 474250-474261, 474294-474305, 474390-474401, 474456-474460 et 474692-474703."

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)

"4. le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie peut également attester les prestations suivantes :

— de la rubrique c) 472356-472360, 472393-472404,

5. le médecin spécialiste en médecine d'urgence peut également attester les prestations suivantes :

— de la rubrique a) 470455-470466, 470492-470503;

— de la rubrique b) 471516-471520, 471796-471800,

— de la rubrique c) 472113-472124, 472393-472404, 473771-473782,

— de la rubrique d) 474036-474040, 474294-474305, 474095-474106,

474191-474202, 474213-474224;

6. le médecin spécialiste en médecine aiguë peut également attester les prestations suivantes :

— de la rubrique b) 471516-471520, 471796-471800,

— de la rubrique c) 472113-472124, 472393-472404, 473771-473782,

— de la rubrique d) 474036-474040, 474294-474305, 474095-474106,

474191-474202, 474213-474224."

§ 3. Supprimé (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

§ 4. Les prestations n° 470433 - 470444 et 470374 - 470385 couvrent tous les frais inhérents à la dialyse péritonéale, y compris les solutions et les troussees nécessaires à l'épuration. Les prestations 470433 - 470444 et 470374 - 470385 ne sont pas cumulables avec les honoraires de surveillance."

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

"Les prestations 470400 et 470422 ne couvrent que les honoraires médicaux. Elles ne peuvent pas être portées en compte le jour d'une intervention chirurgicale intra-abdominale, ni les deux jours qui suivent; elles ne sont pas cumulables avec les honoraires de surveillance prévus aux articles 13 et 25."

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + ["A.R. 7.6.1991" + "A.R. 3.10.1991" + "A.R. 23.12.1991" (en vigueur 1.6.1991)] + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

§ 5. Les prestations n°s 470470 - 470481 et 474714 - 474725 couvrent tous les frais inhérents à l'hémodialyse, y compris les accessoires individuels faisant partie d'un rein artificiel, y compris les troussees utilisées.

Cette prestation n'est pas cumulable, le même jour, avec les honoraires de surveillance prévus à l'article 25."