

A.R. 17.6.2022 M.B. 15.7.2022
En vigueur 1.9.2022

+

Corrigendum

A.R. 08.02.2022 M.B. 3.10.2022
En vigueur 1.4.2022

+

A.R. 14.3.2023 M.B. 24.3.2023
En vigueur 1.2.2022

■ [Modifier](#)

■ [Insérer](#)

■ [Enlever](#)

Article 2 - CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS

A.R.17.6.2022 – M.B. 15.7.2022 - C-2022/32632

Art. 2.

...

B. Consultations au cabinet

...

2. Médecins spécialistes"

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.		
	...		
105092	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie	N	8
105114	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie, accrédité	N Q	8 + 30
105136	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation	N	9

105151	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, accrédité	N Q	9 + 30
105173	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan spécialisé pour douleur en relation avec une pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation avec une expérience en algologie	N	8
105195	Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan spécialisé pour douleur en relation avec une pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation avec une expérience en algologie, accrédité	N Q	8 + 30

Les prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 et 105195 incluent l'évaluation approfondie et l'établissement d'un rapport contenant les antécédents généraux et psychosociaux et les antécédents relatifs à la pathologie de la colonne vertébrale. Il comprend en outre la description de l'affection actuelle, l'impact fonctionnel et les traitements déjà appliqués, l'examen clinique, les examens techniques complémentaires à visée diagnostique et le plan de traitement proposé y compris les alternatives.

Les honoraires pour ces prestations couvrent la rédaction du rapport. Il est conservé dans le dossier médical du patient.

Seule une des prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 et 105195 peut être accordée au maximum une fois par patient, par année civile et par spécialité.

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.

B/1. Concertation multidisciplinaire

105291	105302	Concertation spine multidisciplinaire (CSM), attestée par le médecin, membre de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale de l'établissement hospitalier, qui coordonne cette concertation	K	80
105313	105324	Participation à la CSM par un médecin, membre de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale de l'établissement hospitalier	K	17
105335	105346	Participation à la CSM par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers	K	25
105350	105361	Supplément d'honoraires à la prestation 105313-105324, attestable par le médecin-coordonateur de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale, quand il/elle participe à la CSM	K	15

L'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale est décrite dans l'article 14, n), § 2, 7°.

Une CSM est demandée par écrit par le médecin généraliste traitant ou le médecin spécialiste traitant.

A chaque CSM participent au moins 2 médecins, membres de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale de l'établissement hospitalier et de spécialités différentes, dont une est chirurgicale et l'autre non-chirurgicale.

La prestation 105313-105324 est attestable par au maximum 3 médecins spécialistes de spécialités différentes, exclusivement à l'occasion de la prestation 105291-105302.

La prestation 105335-105346 couvre les frais de déplacement.

La prestation 105291-105302 est uniquement due si dans un délai de maximum 120 jours au préalable à cette prestation une des prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 ou 105195 a été effectuée.

Une CSM peut avoir lieu en l'absence du patient, si le patient a été examiné dans les 120 jours précédents la CSM, par au moins un participant d'une discipline chirurgicale et un participant d'une discipline non-chirurgicale, tous les deux membres de l'équipe soignante multidisciplinaire précitée pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale. Lorsque cette condition n'est pas rencontrée le patient doit être physiquement présent pendant la CSM.

La CSM ne peut être tenue qu'en réponse à au moins une des indications suivantes :

- a) douleur cervicale ou dorsale chronique pour laquelle un traitement chirurgical est envisagé ;
- b) patients chez qui en raison d'une pathologie dégénérative une arthrodèse lombaire sur plus de 2 niveaux est envisagée ;
- c) patients chez qui en raison d'une pathologie dégénérative une intervention de révision est envisagée, au même niveau, du même coté et par le même abord ;
- d) douleur de la colonne vertébrale chronique et pour laquelle malgré 6 mois de thérapie conservatrice et de révalidation le résultat obtenu est insuffisant ;
- e) radiculopathie invalidante subsistant plus de 6 mois malgré une thérapie non chirurgicale ;
- f) douleur cervicale ou thoracolombaire chronique avec ou sans brachialgie/ischialgie avant la réalisation d'un quatrième traitement thérapeutique interventionnel de la douleur sur une période de 12 mois ;
- g) en cas de présence d'indicateurs d'un risque accru de pronostic défavorable et lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé ;
- h) patients pour lesquels la neuromodulation est envisagée ;
- i) patients pour lesquels la vertébro/cyphoplastie percutanée est envisagée, à l'exception d'une indication oncologique.

Les prestations 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346 et 105350-105361 requièrent la présence physique simultanée des différents médecins participants.

La prestation 105291-105302 n'est pas cumulable avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 dans le cas d'une pathologie oncologique de la colonne vertébrale.

Chaque CSM donne lieu à un rapport écrit, rédigé par un médecin spécialiste présent. Le rapport est conservé dans le dossier médical du patient.

Le rapport mentionne les noms des médecins participants et du médecin qui a fait la demande de la CSM et reprend :

- a) la description du problème initial ;
- b) un aperçu des données médicales disponibles ;
- c) une élaboration du diagnostic avec estimation de l'évolution ;
- d) un plan de traitement motivé, y compris les alternatives éventuelles, à court et plus long terme, compte tenu du contexte psychosocial ;
- e) une proposition du suivi médical ;
- f) une proposition concernant les possibilités d'aptitude au travail ou d'incapacité de travail.

En cas de renvoi pour une CSM, le nom de l'établissement hospitalier qui réfère le patient est mentionné dans le rapport.

Le rapport est transmis à l'ensemble des médecins ayant participé à la CSM, ainsi qu'au médecin qui en a fait la demande, au médecin généraliste, et aux autres dispensateurs de soins impliqués à l'exécution de l'itinéraire de soins pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale.

Ce rapport est également transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur à sa demande si le patient est un travailleur en incapacité de travail.

Excepté pour le médecin-conseil, la transmission du rapport aux prestataires de soin assure une prise en charge optimale du patient atteint de la pathologie de la colonne vertébrale grâce au partage des informations nécessaires.

En ce qui concerne le médecin-conseil, la transmission du rapport lui permet d'évaluer l'opportunité d'un trajet de réintégration.

Un itinéraire de soins pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale est une intervention complexe visant la prise de décisions concertée et l'organisation des processus cliniques pour des patients porteurs d'une pathologie complexe de la colonne vertébrale. Il contient un énoncé explicite des objectifs et des éléments-clés de soins basé sur des données probantes, les règles de bonnes pratiques (best practices) ainsi que sur les attentes et caractéristiques des patients. Il facilite la communication entre les membres de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale ainsi qu'avec le patient et son entourage. Il permet de coordonner le processus de soins en insistant sur la complémentarité des rôles et sur la séquence des activités de l'équipe multidisciplinaire, du patient et de son entourage. Il insiste sur l'enregistrement, le suivi et l'évaluation des résultats et il identifie les moyens nécessaires.

Le coordinateur de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale reçoit les demandes de CSM, organise l'agenda et invite à temps le patient, les médecins concernés et les dispensateurs de soins concernés. "

103493 103504 Evaluation physiothérapeutique multidisciplinaire par le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation pour un bénéficiaire avec une lésion médullaire transverse récent **N 50**

La prestation 103493-103504 est effectuée dans le service de physiothérapie d'un hôpital reconnu qui est lié à un centre de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique, qui a conclu une convention 9.50 ou 7.71 ou 9.51 avec l'INAMI.

A la séance d'évaluation multidisciplinaire participent au moins deux professionnels parmi lesquels un ergothérapeute ou kinésithérapeute.

La prestation 103493-103504 comprend un rapport médical circonstancié concernant la mise au point physiothérapeutique avec une proposition de soins à domicile multidisciplinaires individualisés ou une admission adaptée dans un établissement de soins chroniques. Ce rapport fait partie du dossier médical du patient et est transmis au médecin spécialiste traitant et au médecin généraliste.

Le rapport médical circonstancié consiste en un résumé des différentes sections de l'évaluation multidisciplinaire, de la décision multidisciplinaire et du plan de soins.

La prestation 103493-103504 peut être attestée uniquement 3 fois par année ~~calendrier~~ civile par patient pendant une période maximale de 3 années ~~calendaires~~ civiles.

Par « lésion médullaire transverse récente », on entend un diagnostic établi au maximum 3 années, de date à date, avant la date de la première prestation 103493-103504. "

Art. 2.

...

B. Consultations au cabinet

...

1. Médecins généralistes

...

102771

Gestion du dossier médical global (DMG)

N 8,415

Le DMG contient les données suivantes mises à jour régulièrement :

- a) les données socio-administratives;
- b) les antécédents;
- c) les problèmes;
- d) les rapports des autres dispensateurs de soins;
- e) les traitements chroniques;
- f) les mesures préventives adoptées en fonction de l'âge et du sexe du patient et portant au minimum sur :
 - 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;

~~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.~~

g) pour un patient de 30 à 84 ans inclus, 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.

Le DMG est géré par un médecin généraliste; un médecin généraliste en formation ne peut pas être gestionnaire du DMG.

Le médecin généraliste utilise uniquement un dossier médical informatisé pour la gestion du DMG.

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.

La prestation pour la gestion du DMG est accordée une fois par année civile.

La prestation est cumulée avec une prestation pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) au minimum une fois tous les deux ans.

La prestation est majorée de 83,33 % de l'année du 45ème anniversaire jusqu'à l'année du 75ème anniversaire d'un patient qui avait le statut affection chronique l'année précédente.

La prestation est majorée de 83,33 % de l'année du 30ème anniversaire jusqu'à l'année du 85ème anniversaire d'un patient qui avait le statut affection chronique l'année précédente."