"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)
"**CHAPITRE II. – CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS**.

Art. 2.

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.

B. Consultations au cabinet

1. Médecins généralistes

101010	Consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	6
102454	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 entre 21 heures et 8 heures	D	15,98

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

101032	Consultation au cabinet par un médecin généraliste	N	8
101076	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N Q	8 + 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

"A.R. 23.12.2021" (en vigueur 1.1.2021)

"	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; "

"A.R. 23.12.2021" (en vigueur 1.1.2021) + "A.R. 14.3.2023" (en vigueur 1.1.2022)
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.

"A.R. 23.12.2021" (en vigueur 1.1.2021)
"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. "

"A.R. 23.12.2021" (en vigueur 1.1.2021) + "A.R. 14.3.2023" (en vigueur 1.1.2022)
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 précedente."

~~102852~~ *Supprimé par A.R. 17.12.2023 (en vigueur 1.1.2024)*

"A.R. 17.12.2023" (en vigueur 1.1.2024)

"	400374	Trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2 selon le protocole de soins établi par le Comité de l'assurance	N	7

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 des objectifs du protocole de soins avec le patient ;
b) l'enregistrement des objectifs et des données cliniques et biologiques nécessaires dans le DMG ;
c) la désignation, en concertation avec le patient et en fonction des besoins du patient, des autres dispensateurs de soins pouvant être consultés pour les prestations d'éducation au diabète ;
d) la prescription et l'enregistrement de la date des prescriptions et des rapports des autres dispensateurs de soins consultés dans le dossier médical électronique.

La prestation 400374 peut seulement être attestée une fois par année civile.

La prestation 400374 ne peut pas être attestée pour un patient inscrit dans un « trajet de soins diabète de type 2 » ou dans la « Convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré »."

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)

"	103095	Supplément pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) inhabituelle du médecin généraliste	N	7

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 :

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 ou plus après une hospitalisation de plus de 14 jours. "

"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.11.2022)

"	103692	Rédaction et suivi de l'Advance Care Planning (ACP) chez des patients qui ont été identifiés palliatifs suivant l'échelle d'identification du patient palliatif (PICT)	N	22,7

L'ACP contient au moins l'entretien sur la possibilité de rédiger une déclaration de volonté négative ou positive, la détermination des objectifs de soins et la désignation éventuelle d'un représentant légal ou mandataire. L'ACP ne peut déroger au modèle établi par le Comité de l'assurance soins de santé pour ce qui concerne les mentions devant y figurer.

La prestation 103692 comprend également les discussions avec tous les dispensateurs de soins concernés.

La prestation 103692 peut être attestée uniquement une seule fois au cours de la vie du patient qui est identifié comme palliatif suivant l'arrêté royal du 21 octobre 2018 fixant les critères pour identifier un patient palliatif.

La preuve du Palliative Care Indicator Tool positif (PICT) est conservée dans le dossier médical.

L'ACP est réalisé :

a) soit par le médecin généraliste qui gère le DMG ;

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

La prestation 103692 peut être cumulée avec une consultation ou visite.

L'ACP est repris dans le dossier médical. "

"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.7.2023)
"Le contenu de l'ACP est rendu disponible via un hub sous une forme électronique structurée. "

"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.11.2022)
"Les professionnels des soins de santé tiers ont accès aux données à caractère personnel enregistrées dans le dossier du patient dans le cadre de l'ACP lorsque cet accès se fait dans le respect des conditions telles que définies aux articles 36 à 40 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

Les catégories de données du patient visées par le modèle établi par le Comité de l'assurance tel que prévu à la première règle d'application sont les suivantes :

- identification et signature ;
- valeurs et convictions personnelles ;
- identification d'un éventuel représentant légal ;

- volonté concernant certaines interventions (ou pas) dans le domaine des soins de santé ;
- volonté quant à la destination du corps après le décès ;
- déclaration de volonté en matière d'euthanasie ;
- souhaits en matière d'obsèques.

L'INAMI est responsable du traitement au sens de l'article 4.7 du Règlement Général sur la Protection des Données. "

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)

"	101054	Consultation au cabinet par un médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL)	N	5,53	

2. Médecins spécialistes"

~~102815~~ *Supprimé par A.R. 15.12.2021 (en vigueur 1.3.2022)*

~~102830~~ *Supprimé par A.R. 15.12.2021 (en vigueur 1.3.2022)*

"A.R. 15.12.2021" (en vigueur 1.3.2022) + Corrigendum M.B. 4.3.2022

"	101636	Evaluation et optimisation anesthésiologiques préalables à une prestation sous anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie réanimation	N	9,9	
	101651	Evaluation et optimisation anesthésiologiques préalables à une prestation sous anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie réanimation accrédité	N Q	9,9 30	+

Les prestations 101636 et 101651 peuvent uniquement être portées en compte si les conditions reprises à l'article 12, § 3, 2°, a), sont remplies."

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)

"	102896	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	16	
	102911	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	16 30	+
	102233	Evaluation gériatrique pluridisciplinaire par le médecin spécialiste en gériatrie, avec rapport au médecin généraliste prescripteur	N	50	

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 gériatrique multidisciplinaire et comprend une évaluation fonctionnelle physique, psychique et sociale du patient de 75 ans ou plus, à l'aide de tests fonctionnels validés.

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. "

"A.R. 8.2.2022" (en vigueur 1.4.2022)

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. "

"A.R. 8.2.2022" (en vigueur 1.4.2022) + corrigendum "M.B. 3.10.2022" (en vigueur 1.4.2022)
"La prestation 103493-103504 peut être attestée uniquement 3 fois par année civile par patient pendant une période maximale de 3 années civiles."

"A.R. 8.2.2022" (en vigueur 1.4.2022)
"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. "

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)

"	102734	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénéréologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	10,1

102756	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénéréologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	10,1 30	+
103250	Consultation par un médecin spécialiste en dermato-vénéréologie accrédité pour un patient qui présente une pathologie dermatologique chronique traitée de façon systémique par agent antinéoplasique (ATC L01) ou immunosuppresseur (ATC L04)	N Q	30 30	+

La prestation couvre la rédaction d'un plan de traitement et d'un rapport communiqués au médecin généraliste.

La prestation est octroyée au maximum 2 fois par an.

102034	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	16	
102550	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	16 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 Q	40 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, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	25	
102874	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité ou en médecine nucléaire et médecine interne accredité, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	25 30	+
102314	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	25	
102336	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	25 30	+
101592	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	16	
101614	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	16 30	+

"

"A.R. 24.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)

"	103994	Évaluation néphrologique pluridisciplinaire par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie, avec rapport écrit obligatoire au médecin généraliste	N	50

La prestation 103994 est effectuée dans la policlinique du service Néphrologie d'un hôpital agréé, par le médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en néphrologie, en collaboration avec une équipe néphrologique pluridisciplinaire (composée d'au moins un infirmier ayant une expertise en matière de thérapie de substitution rénale, et d'un assistant social), elle comprend l'évaluation métabolique et sociofonctionnelle, l'éducation, la planification précoce des soins et la préparation éventuelle d'un bénéficiaire avec un eDFG égal ou inférieur à 20 ml/min/1,73 m² à une thérapie de substitution rénale.

La prestation 103994 comprend un rapport de la mise au point néphrologique ainsi qu'une proposition de plan de soins pluridisciplinaires personnalisé avec entre autres un plan alimentaire, une planification anticipée des soins et une thérapie de substitution rénale (si une forme de thérapie de substitution rénale n'est pas possible, il faut préciser pourquoi cette forme n'est définitivement ou provisoirement pas possible). Ce rapport doit être envoyé au médecin généraliste et conservé dans le dossier patient informatisé.

La prestation 103994 peut être attestée au maximum 4 fois par année civile tant qu'aucun traitement de substitution de la fonction rénale n'est débuté ou qu'une greffe de rein n'a été réalisée. Si, après une greffe de rein, le bénéficiaire présente à nouveau un eDFG égal ou inférieur à 20 ml/min/1,73 m², la prestation peut être à nouveau attestée.

La prestation 103994 ne peut pas être cumulée le même jour avec les prestations 101592 et 101614. "

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022) + "A.R. 13.5.2023" (en vigueur 1.8.2023)

"	102130	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	16	
	102631	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie accrédité, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	16 30	+
	106293	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie ayant une qualification professionnelle particulière en oncologie, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	16	

	106315	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie accrédité ayant une qualification professionnelle particulière en oncologie, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	16 30	+ "
		"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)			
"	102115	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	16	
	102616	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	16 30	+
	106330	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ayant une qualification professionnelle particulière en oncologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	16	
	106352	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie accrédité ayant une qualification professionnelle particulière en oncologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	16 30	+
	102270	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant.	N	25	
	102292	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale accrédité, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	25 30	+
	102071	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	13	
	102572	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	13 30	+

102351	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	25	
102373	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	25 30	+
102093	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	16	
102594	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	16 30	+
102211	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	20	
102712	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	20 30	+
102174	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	21	
102675	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	21 30	+
103456	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	21	
103471	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	21 30	+

106374	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	21	
106396	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie accrédité, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	21 30	+
102933	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 Q	30 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 psycho-cognitive 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 au médecin traitant	N	20	
	102690	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	20 30	+ "

"A.R. 28.2.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Les prestations 102211, 102712, 102196 et 102690 sont attestables chez des patients séjournant dans une maison de soins psychiatriques sur renvoi avec demande écrite du médecin spécialiste de la maison de soins psychiatriques et avec rapport écrit obligatoire du prestataire pour le médecin référent. "

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)

"	102152	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	16	
	102653	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie accrédité, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	16 30	+
	101275	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	9	
	101290	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	9 30	+
	105372	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	9	
	105394	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	9 30	+
	105416	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	9	

105431	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	9 30	+
105453	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en anesthésie et en réanimation, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105475	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en anesthésie et en réanimation accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105490	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurochirurgie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105512	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurochirurgie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105534	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie plastique, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105556	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie plastique accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105571	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gynécologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105593	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gynécologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105615	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en urologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105630	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en urologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+

105652	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en orthopédie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105674	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en orthopédie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105696	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en stomatologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105711	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en stomatologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105733	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en ophtalmologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105755	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en ophtalmologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105770	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine aiguë, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105792	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine aiguë accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105814	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine d'urgence, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105836	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine d'urgence accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105851	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en biologie clinique, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	

105873	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en biologie clinique accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
106411	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en biologie clinique, porteur du titre professionnel particulier en microbiologie médicale, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	8	
106433	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en biologie clinique accrédité, porteur du titre professionnel particulier en microbiologie médicale, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N Q	8 30	+
105895	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en radiodiagnostic, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant.	N	8	
105910	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en radiodiagnostic accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105932	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en radiothérapie et en oncologie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105954	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en radiothérapie et en oncologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
105976	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine nucléaire, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
105991	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine nucléaire accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
106455	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en génétique clinique, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	

106470	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en génétique clinique accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
102012	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste autre que ceux cités à l'article 2.B.2, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N	8	
102535	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité autre que ceux cités à l'article 2.B.2, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant	N Q	8 30	+
106492	Majoration des prestations 105733 et 105755 lors d'une consultation au cabinet pour un enfant de moins de 7 ans	N	1,83	
106514	Majoration des prestations 106374, 106396, 103456 et 103471 lors d'une consultation au cabinet pour un enfant de moins de 16 ans	N	4	
106536	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin, porteur du titre professionnel particulier en infectiologie clinique, y compris un rapport écrit obligatoire au médecin traitant	N	6	
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	
	"A.R. 17.6.2022" (en vigueur 1.9.2022)			
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-coordinateur 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 revalidation 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. "

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)

C. Visites

103110	Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	3	+
		E	1	
104510	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	11,48	+
		E	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 D E	5,6 6 1	+ +
	L'assistance médicale pendant le transfert en ambulance est cumulable seulement avec une visite à domicile"			
	"A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)			
106610	Visite par un médecin généraliste chez un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos, par bénéficiaire	N D E	5,6 4 1	+ +
106691	Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis chez un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos, par bénéficiaire.	N D E	4,2 3 1	+ +
106632	Majoration d'une visite par un médecin généraliste à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos (106610) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures, par bénéficiaire	D	11,99	
106654	Majoration d'une visite par un médecin généraliste à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos (106610) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures, par bénéficiaire	D	33,99	
106676	Majoration d'une visite par un médecin généraliste à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos (106610) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par bénéficiaire	D	13,99	

106713	Majoration d'une visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos (106691) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures, par bénéficiaire	D	11,55
106735	Majoration d'une visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos (106691) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures, par bénéficiaire	D	26,0
106750	Majoration d'une visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos (106691) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par bénéficiaire	D	13,5

Les éléments suivants seront évalués au moins une fois par an :

- la planification anticipée des soins avec la rédaction et suivi de l'Advance Care Planning (ACP) chez des patients identifiés palliatifs suivant l'échelle d'identification du patient palliatif (PICT) ;

- le besoin d'une concertation médico-pharmaceutique dans le cadre de la polypharmacie

- le besoin de soins supplémentaires pour l'hygiène bucco-dentaire ;

- le besoin de concertation multidisciplinaire et/ou concertation avec les aidants proches.

Cette évaluation sera enregistrée dans le dossier médical.

La politique de la qualité est appliquée telle que rédigée par le médecin coordinateur et conseiller.

Les honoraires des prestations 106610 et 106691 comprennent toutes les discussions avec les autres dispensateurs de soins et les aidants proches.

Par centre d'hébergement et de soins ou maison de repos, on entend les institutions décrites :

- en Région de Bruxelles-Capitale, dans l'Ordonnance relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées du 24 avril 2008, article 2, 4°, c) ;

- en Région wallonne, dans le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé du 29 septembre 2011, article 334, 2°, a) ;

- en Région flamande, dans le Décret sur les soins résidentiels (Woonzorgdecreet) du 15 février 2019, article 33. "

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)

"	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 (109045, 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 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. 21.4.2024" (en vigueur 1.6.2024)

"	106772	Visite par un médecin spécialiste en gériatrie chez un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins (woonzorgcentrum) ou une maison de repos, sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport médical obligatoire au médecin traitant	N	20
	106794	Visite par un médecin spécialiste en neurologie chez un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins (woonzorgcentrum) ou une maison de repos, sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport médical obligatoire au médecin traitant	N	20
	106816	Visite par un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie chez un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins (woonzorgcentrum) ou une maison de repos, sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport médical obligatoire au médecin traitant	N	20
	106971	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en gériatrie, en neurologie, en psychiatrie ou en neuropsychiatrie (106772, 106794 et 106816) à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins (woonzorgcentrum) ou une maison de repos, si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	D	33,99
	106993	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en gériatrie, en neurologie, en psychiatrie ou en neuropsychiatrie (106772, 106794 et 106816) à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins (woonzorgcentrum) ou une maison de repos, si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures.	D	13,99

Les centres d'hébergement et de soins ou les maisons de repos sont les institutions telles que définies :

- pour la Région de Bruxelles-Capitale, dans l'Ordonnance relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées du 24 avril 2008, article 2, 4°, c) ;

- pour la Région wallonne, dans le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé du 29 septembre 2011, article 334, 2°, a) ;

- pour la Région flamande, dans le Décret sur les soins résidentiels (Woonzorgdecreet) du 15 février 2019, article 33.

Les honoraires des prestations 106772, 106794 et 106816 comprennent :

- tous les entretiens avec les autres dispensateurs de soins et les aidants ;

- la rédaction et l'envoi du rapport médical, qui comprend le contenu de l'entretien avec le responsable du service.

Le médecin spécialiste en formation n'a pas accès aux prestations 106772, 106794 et 106816.

Toutefois, le médecin généraliste en formation peut demander la visite du médecin spécialiste en gériatrie, en neurologie, en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.

Pour les prestations 103014, 103051, 103073, 106772, 106794 et 106816 l'identification du médecin demandeur (nom, prénom et numéro INAMI) est renseignée sur l'attestation de soins donnés du médecin spécialiste. "

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)
"D. Psychothérapies

109513	Séance d'un traitement psychothérapique 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 spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	30 90	+
	Séance d'un traitement psychothérapique 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 3e personne, par personne	N	10	
109653	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, 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 Q	20 45	+

109572	Séance d'un traitement psychothérapique 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	N	10	

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.

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.

c) Les prestations prévues aux 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.

d) Seules les prestations 109535, 109550 et 109572 peuvent également être attestées par 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.

E. Psychiatrie infanto-juvénile

109336	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	N	40	
109675	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	N Q	40 90	+

La psychothérapie 109366 ou 109675 requiert toujours la présence du ou des adulte(s) susmentionné(s), avec ou sans l'enfant (le patient).

Pour le traitement psychothérapeutique de l'enfant seul, la prestation 109513 ou 109631 est attestée.

109351	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	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 Q	85 90	+

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 hétéroanamnèse 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	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 Q	85 30	+

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

109373	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	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 Q	21 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.

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. "

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024) + "A.R. 21.4.2024" (en vigueur 1.6.2024) + Corrigendum M.B. 28.5.2024
"2. 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, 104871, 106632, 106654, 106676, 106713, 106735, 106750, 106971 et 106993 ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées aux jours et heures spécifiés et lorsque l'état du patient, à ces jours et heures, nécessite des soins urgents qui ne peuvent pas être reportés. Ces prestations ne peuvent pas être attestées lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, organise une consultation publique, reçoit sur rendez-vous ou rend visite aux jours et heures indiqués ci-dessus ; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant les mêmes périodes en raison d'une demande particulière du patient.

3. Les jours fériés visés dans les prestations 102410, 102454, 102491, 103854, 104252, 104296, 104554, 104591, 104871, 106676, 106750 et 106993 sont : le 1er janvier, le lundi de Pâques, le 1er mai, l'Ascension, le lundi de Pentecôte, le 21 juillet, le 15 août, le 1er novembre, le 11 novembre et le 25 décembre."

"A.R. 28.11.2021" (en vigueur 1.2.2022)
"4. Pour l'application du présent article et de l'article 25, les médecins qui sont porteurs de plusieurs titres professionnels particuliers (titres de niveau 2 et titres de niveau 3), tels que défini aux articles 1er, 2 et 2bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, 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. "

"A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.6.2024)
"5. Pour les visites du médecin généraliste ou du médecin généraliste sur base de droits acquis à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos, seules les prestations pour la visite (106610 et 106691) et les prestations avec majoration pour visites urgentes (106632, 106654, 106676, 106713, 106735 et 106750) peuvent être attestées. "