

SECTION 3. - Anesthésiologie.

Art. 12. § 1^{er}. Honoraires pour les médecins spécialistes en anesthésiologie

a) Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation :

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)

| | | | | | | | |
|---|------|--------|--------|--|---|-----|---|
| " | 1400 | 200012 | 200023 | Classée dans une catégorie supérieure à K 600 ou N 1000 ou I 1500 | K | 360 | |
| | 1401 | 200034 | 200045 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 600 ou N 1000 ou I 1500 et supérieure à K 510 ou N 850 ou I 1000 | K | 300 | |
| | 1402 | 200056 | 200060 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 510 ou N 850 ou I 1000 et supérieure à K 450 ou N 750 ou I 850 | K | 255 | |
| | 1403 | 200071 | 200082 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 450 ou N 750 ou I 850 et supérieure à K 390 ou N 650 ou I 750 | K | 225 | |
| | 1404 | 200093 | 200104 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 390 ou N 650 ou I 750 et supérieure à K 300 ou N 500 ou I 600 | K | 198 | |
| | 1405 | 200130 | 200141 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 600 et supérieure à K 270 ou N 450 ou I 550 | K | 129 | |
| | 1406 | 200152 | 200163 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 270 ou N 450 ou I 550 et supérieure à K 240 ou N 400 ou I 450 | K | 117 | |
| | 1407 | 200196 | 200200 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 240 ou N 400 ou I 450 et supérieure à K 180 ou N 300 ou I 350 | K | 105 | |
| | 1408 | 200211 | 200222 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 180 ou N 300 ou I 350 et supérieure à K 120 ou N 200 ou I 250 | K | 72 | |
| | 1409 | 200255 | 200266 | Classée dans la catégorie K 120 ou N 200 | K | 51 | " |
| | | | | "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 3.6.2007" (en vigueur 1.4.2007) | | | |
| | | | | "Anesthésie générale, rachidienne, épidurale ou du plexus brachial pratiquée au cours d'une prestation :" | | | |
| | | | | "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) | | | |
| " | 1410 | 201073 | 201084 | Classée dans une catégorie inférieure à K 120 ou N 200 ou I 200 et supérieure à K 75 ou N 125 ou I 125 | K | 45 | |
| | 1411 | 201110 | 201121 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 75 ou N 125 ou I 125 et supérieure à K 24 ou N 40 ou I 40 | K | 36 | |
| | 1412 | 201132 | 201143 | Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 24 ou N 40 ou I 40 | K | 30 | " |
| | | | | "A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) | | | |
| " | 1413 | 201154 | 201165 | Honoraires complémentaires pour les interventions chirurgicales sous hypothermie profonde (température centrale au-dessous de 33°) | K | 90 | " |

coordination officieuse

| | | | | | | | |
|---|------|--------|--------|--|---|-----|---|
| " | 1414 | 201176 | 201180 | "A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) Honoraires complémentaires pour les interventions sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extracorporelle ou pour les prestations n ^{os} 318010 - 318021, 318054 - 318065 et 318076 - 318080 | K | 240 | " |
| " | | 201353 | 201364 | "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] Honoraires complémentaires pour les interventions sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques, à cœur battant, sans utilisation de circulation extra-corporelle | K | 240 | |
| | | | | La prestation 201353 - 201364 n'est pas cumulable avec la prestation 201176 - 201180." | | | |
| | 1415 | 201191 | 201202 | Anesthésie générale en curiethérapie intra-buccale | K | 72 | |
| | 1416 | 201213 | 201224 | Anesthésie générale en curiethérapie gynécologique ou autre | K | 36 | |
| | 1417 | 201235 | 201246 | Anesthésie générale lors d'extraction de 8 dents au moins, avec ou sans alvéolotomie, avec ou sans soins dentaires conservateurs | K | 72 | |
| | 1418 | 201250 | 201261 | Anesthésie générale lors d'extraction de moins de 8 dents avec ou sans alvéolotomie, et/ou soins dentaires conservateurs | K | 45 | |
| | 1419 | 201272 | 201283 | Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique | K | 30 | |
| " | | 201375 | 201386 | "A.R. 25.1.2011" (en vigueur 1.4.2011) + "A.R. 11.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) Surveillance individuelle des fonctions vitales et non-vitales d'un patient, par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, lors des prestations chirurgicales 246595-246606, 246912-246923 et 246610-246621 | K | 72 | |
| | | | | La sédation ou anesthésie (locale, régionale ou générale) effectuée dans le cas présent est comprise dans la prestation 201375-201386 et ne peut pas être attestée séparément." | | | |
| " | | 201294 | 201305 | "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 18.9.2008" (en vigueur 1.12.2008) Supplément d'honoraires pour anesthésie effectuée à l'occasion d'une prestation chirurgicale dépassant la valeur de K 750 ou N 1250 à l'exclusion des prestations chirurgicales correspondant aux n ^{os} 201154 - 201165, 201176 - 201180 et 201353 - 201364 | K | 120 | " |
| " | | 201095 | 201106 | "A.R. 3.6.2007" (en vigueur 1.4.2007) Anesthésie générale lors des prestations 532733-532744 ou 532755-532766 | K | 45 | " |

| | | | | | |
|------|--------|--------|--|---|-----|
| | | | b) Honoraires pour le médecin spécialiste en anesthésiologie quand lors des prestations obstétricales 423010 - 423021 ou 424012 - 424023, il est appelé pour une des prestations suivantes : | | |
| 1420 | 202016 | 202020 | Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'un accouchement dystocique avec extraction forcipale ou avec version podalique interne suivie d'une grande extraction | K | 72 |
| 1421 | 202031 | 202042 | Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une suture du périnée, d'une délivrance du placenta ou d'une reposition manuelle d'une inversion utérine | K | 36 |
| 1422 | 202053 | 202064 | Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une suture de déchirure du col utérin | K | 45 |
| 1423 | 202075 | 202086 | Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une périnéorrhaphie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète | K | 72 |
| 1425 | 202090 | 202101 | Anesthésie épidurale et sa surveillance pendant les différentes phases de l'accouchement, y compris la période de dilatation et les éventuelles manoeuvres obstétricales du postpartum citées aux prestations 202031 - 202042 et 202053 - 202064 | K | 105 |

Parmi les prestations visées au littera b), seules peuvent être cumulées les prestations 202016 - 202020 et 202075 - 202086 d'une part ou les prestations 202090 - 202101 et 202075 - 202086 d'autre part et ce, dans les conditions prévues au § 3, 6°.

"A.R. 2.6.2003" (en vigueur 1.8.2003) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016)
"c)

| | | | | | |
|--------|--------|--|--|---|-------|
| 202193 | 202204 | | Anesthésie épidurale et sa surveillance pendant les différentes phases de l'accouchement effectué par une accoucheuse, prévu sous les numéros 422225, 423500, 422671 et 423673, y compris la période de dilatation et les éventuelles manoeuvres obstétricales du postpartum citées aux prestations 202031 - 202042 et 202053 - 202064 | K | 105 " |
|--------|--------|--|--|---|-------|

"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 14.1.2013" (en vigueur 1.2.2013)

| | | | | | |
|--------|--------|--|--|---|------|
| | | | "d) Traitement de la douleur aiguë | | |
| 202311 | 202322 | | Honoraires forfaitaires pour le contrôle de la douleur post-opératoire par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par voie péridurale, épidurale (PCEA, patient controlled epidural analgesia) ou tronculaire, avec surveillance, après une intervention chirurgicale ou après polytraumatisme, y compris le matériel utilisé et le placement, à l'exclusion des produits pharmaceutiques | K | 77 |
| 202333 | 202344 | | Honoraires forfaitaires pour la mise en place et la programmation avec surveillance d'une pompe à analgésie pour administration d'un produit de type morphinique par voie intraveineuse (PCIA, patient controlled intravenous analgesia) après une intervention chirurgicale ou après polytraumatisme, y compris le matériel, à l'exclusion des produits pharmaceutiques | K | 56 " |

"A.R. 14.1.2013" (en vigueur 1.2.2013)

"Les prestations 202311-202322 et 202333-202344 peuvent être attestées une seule fois au cours d'une même période d'hospitalisation.

La prestation 202311-202322 n'est pas cumulable avec la prestation 202333-202344"

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

"e) Traitement de la douleur chronique"

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012)

| | | | | | | |
|---|--------|--------|---|---|-----|---|
| " | 202355 | 202366 | Cordotomie cervicale au moyen d'une technique percutanée par radiofréquence, avec utilisation de l'imagerie médicale | K | 225 | |
| | 202370 | 202381 | Traitement percutané du ganglion de Gasser à l'aide de courants de radiofréquence, de glycérol ou de compression à ballonnet, avec utilisation de l'imagerie médicale | K | 180 | |
| | 202392 | 202403 | Traitement percutané du ganglion sphéno-palatin à l'aide de courants de radiofréquence, avec utilisation de l'imagerie médicale | K | 180 | " |
| " | 202414 | 202425 | Sympathectomie intraveineuse, attestable au maximum quatre fois par an, par séance | K | 30 | " |
| " | 202436 | 202440 | Blocage diagnostique sélectif de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'imagerie médicale, attestable au maximum trois fois par an | K | 30 | |
| | | | Traitement percutané par radiofréquence de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'imagerie médicale, attestable au maximum trois fois par an" | | | |
| " | 202451 | 202462 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) au niveau cervical | K | 150 | |
| | 202473 | 202484 | au niveau thoracique | K | 120 | |
| | 202495 | 202506 | au niveau lombaire/sacré | K | 120 | " |
| " | 202510 | 202521 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) Blocage diagnostique sélectif du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'imagerie médicale, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an | K | 30 | " |
| | | | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) + Erratum M.B. 31.8.2007 + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) "Traitement percutané par radiofréquence du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'imagerie médicale," | | | |

| | | | | | | |
|---|--------|--------|--|---|-----|---|
| " | 202532 | 202543 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) + Erratum M.B. 31.8.2007 1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an | K | 90 | " |
| " | 202554 | 202565 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) 2 ^{ème} niveau nerveux et suivant(s), au cours de la même séance, attestable au maximum deux fois par an | K | 45 | " |
| " | 202576 | 202580 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) Blocage diagnostique sélectif du ganglion cervico-dorsal avec utilisation de l'imagerie médicale, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an | K | 30 | " |
| " | 202591 | 202602 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) "Traitement percutané par radiofréquence du ganglion cervico-dorsal, avec utilisation de l'imagerie médicale," "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) 1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an | K | 120 | " |
| " | 202613 | 202624 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) 2 ^{ème} niveau nerveux et suivant(s), au cours de la même séance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an | K | 60 | " |
| " | 202635 | 202646 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) Blocage diagnostique sélectif du ganglion thoraco-dorsal avec utilisation de l'imagerie médicale, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an | K | 30 | " |
| " | 202650 | 202661 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) "Traitement percutané par radiofréquence du ganglion thoraco-dorsal, avec utilisation de l'imagerie médicale," "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) 1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an | K | 90 | " |
| " | 202672 | 202683 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) 2 ^{ème} niveau nerveux et suivant(s), au cours de la même séance, attestable au maximum deux fois par an | K | 45 | " |
| " | 202694 | 202705 | Cryothérapie d'un nerf ou d'un ganglion, attestable au maximum six fois par an | K | 30 | " |
| " | 202716 | 202720 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) Placement par tunnellisation sous-cutanée et fixation d'un cathéter épidural, intrathécal ou plexique en vue d'une injection de longue durée d'analgésiques, avec ou sans utilisation de l'imagerie médicale | K | 90 | " |

| | | | | | | |
|---|--------|--------|---|---|-----|---|
| | 202731 | 202742 | Blocage diagnostique sélectif du sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'imagerie médicale, attestable au maximum trois fois par an | K | 45 | |
| | 202753 | 202764 | Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du système sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'imagerie médicale, attestable au maximum trois fois par an | K | 120 | |
| | 202775 | 202786 | Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du ganglion coeliaque bilatéral, avec utilisation de l'imagerie médicale | K | 180 | |
| | 202790 | 202801 | Infiltration radiculaire ou transforaminale, avec utilisation de l'imagerie médicale, maximum une racine nerveuse par séance, attestable au maximum six fois par an | K | 45 | " |
| " | 202812 | 202823 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) Infiltration épidurale à visée thérapeutique au niveau lombaire, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an | K | 30 | " |
| | | | "A.R. 10.1.2013" (en vigueur 1.2.2013) "La prestation 202812-202823 est seulement remboursable au bénéficiaire dans le cadre du traitement du canal lombaire étroit multi-étagé avec claudication neurogénique uni- ou bilatérale et de la neuropathie post-zostérienne" | | | |
| " | 202834 | 202845 | "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) Infiltration épidurale à visée thérapeutique, au niveau thoracique ou cervical, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an | K | 45 | " |
| " | 202856 | 202860 | "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) Honoraires complémentaires par séance pour l'utilisation de l'imagerie médicale pour les prestations 202355-202366, 202370-202381, 202392-202403, 202436-202440, 202451-202462, 202473-202484, 202495-202506, 202510-202521, 202532-202543, 202554-202565, 202576-202580, 202591-202602, 202613-202624, 202635-202646, 202650-202661, 202672-202683, 202716-202720, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786 et 202790-202801 | K | 20 | " |

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

§ 1bis. Les prestations d'anesthésie mentionnées dans les rubriques a), b) et c) qui sont pratiquées au cours de prestations chirurgicales ou d'obstétrique visées aux articles 9, c), 11, § 1^{er}, et 14, ou au cours de prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale visées à l'article 34, d'une valeur relative égale ou supérieure à K 120, N 200 ou I 200, et les prestations d'anesthésie mentionnées dans la rubrique e) d'une valeur égale ou supérieure à K 120, donnent lieu, pour le médecin accrédité spécialiste en anesthésie - réanimation au supplément d'honoraires de l'accréditation Q 105, attestable au maximum une fois par séance

Ce supplément d'honoraires est prévu sous le n° 202915 - 202926.

Ce supplément d'honoraires n'est accordé au maximum qu'une fois par séance opératoire."

§ 2. Supprimé par A.R. 11.2.2013 (en vigueur 1.3.2013)

§ 2bis. Supprimé par A.R. 11.2.2013 (en vigueur 1.3.2013)

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

§ 3. 1°. Les honoraires pour anesthésie mentionnés dans les rubriques a), b) et c) ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade.

2°. Les honoraires pour les prestations d'anesthésie mentionnés dans les rubriques a), b) et c) comprennent :

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986)

"a) l'examen préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie;"

"A.R. 7.12.2005" (en vigueur 1.2.2006)

"Une consultation pré-anesthésie peut être portée en compte par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation en vue d'une narcose pratiquée chez un patient admis en hôpital de jour, à condition que cette consultation soit exécutée minimum 48 heures avant le jour de l'admission du patient en hospitalisation de jour. La narcose peut être remplacée par un autre type d'anesthésie à condition que les motivations en soient documentées dans le dossier médical. L'hospitalisation de jour peut être convertie en hospitalisation classique à condition que l'indication du transfert soit documentée dans le dossier médical.

La consultation pré-anesthésie peut être portée en compte pour d'autres types de prestations que des interventions chirurgicales, à condition que ces prestations soient exécutées sous narcose."

b) la préparation à l'anesthésie;

c) l'application des techniques d'anesthésie, la surveillance peropératoire de l'état général du malade et la mise en oeuvre de toutes les prestations techniques nécessaires à la réalisation de cet objectif;

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009) +

"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012)

"d) la surveillance postopératoire des suites de cette anesthésie. Néanmoins, les prestations de l'article 13, § 1^{er}, A, et les prestations 355095-355106, 355110-355121 peuvent être portées en compte chez un patient qui a subi une intervention chirurgicale dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 500 ou N 700 ou I 700.

Dans ces mêmes circonstances, les prestations de l'article 13, § 1^{er}, B et C, peuvent également être attestées si toutes les conditions sont remplies quant au libellé de la prestation, le lieu où la prestation a été effectuée et la qualification du dispensateur."

3° . Les produits anesthésiques utilisés ainsi que les frais relatifs à l'appareillage et au personnel du bloc opératoire ne sont pas compris dans les honoraires pour l'anesthésie.

"A.R. 11.2.2013" (en vigueur 1.3.2013)

"4° Les anesthésies locales ou régionales (exception faite pour l'anesthésie rachidienne, épidurale ou l'anesthésie du plexus brachial) sont incluses dans les honoraires de la prestation qui nécessitait cette anesthésie."

5° . Les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier.

6° . En cas de prestations multiples au cours d'une même séance, l'anesthésie correspondant à la prestation affectée du nombre coefficient le plus élevé est honorée à 100 p.c., les anesthésies correspondant aux prestations supplémentaires à 50 p.c. de leur valeur.

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

"Cependant, Les anesthésies mentionnées dans les rubriques a), b) et c) pour les prestations supplémentaires ne peuvent pas être honorées :"

a) dans les cas où des interventions chirurgicales multiples sont exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire;

b) 1. dans le cas où l'intervention décrite dans la nomenclature nécessite ou peut nécessiter le recours à plusieurs interventions dans des champs opératoires distincts;

2. dans le cas où l'intervention décrite dans la nomenclature sous un énoncé général comporte ou peut comporter des techniques complémentaires;

3. dans le cas où une appendicectomie est effectuée en même temps qu'une laparotomie pour une autre affection.

"A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)

"4. pour la prestation percutanée interventionnelle 589094 - 589105."

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

"c) lorsque les prestations chirurgicales et/ou autres supplémentaires sont affectées d'un nombre coefficient inférieur à K 120 ou N 200 ou I 200."

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

"d) dans le cas où des prestations percutanées interventionnelles multiples sous contrôle d'imagerie médicale sont exécutées lors d'une même séance opératoire."

"A.R. 25.1.2011" (en vigueur 1.4.2011) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016)

"7° . L'échelle prévue sous les n°s 200012 - 200023, 200034 - 200045, 200056 - 200060, 200071 - 200082, 200093 - 200104, 200130 - 200141, 200152 - 200163, 200196 - 200200, 200211 - 200222, 200255 - 200266, 201073 - 201084, 201110 - 201121, 201132 - 201143, ne vise pas les prestations de radio-diagnostic, radiothérapie, radiumthérapie, obstétrique (423010 - 423021 et 424012 - 424023), ophtalmologie (246595 - 246606, 246912 - 246923 et 246610 - 246621) et soins dentaires prévus à l'article 5."

8° . Les prestations n°s 202016 - 202020 et 202090 - 202101 ne donnent pas lieu à des honoraires supplémentaires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit, le week-end ou un jour férié.

9° . *Supprimé par l'A.R. du 18.2.1997. (en vigueur 1.4.1997)*

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

"§ 4. a) Les honoraires pour les prestations d'anesthésie mentionnées à la rubrique e) ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin à l'exception des prestations 202414 - 202425, 202436 - 202440, 202510 - 202521, 202576 - 202580, 202635 - 202646, 202694 - 202705, 202731 - 202742, 202790 - 202801, 202812 - 202823 et 202834 - 202845.

Les prestations mentionnées à la rubrique e) ne peuvent pas être cumulées au cours de la même séance."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 26.1.2009" (en vigueur 1.5.2009)

"L'intervention de l'assurance pour les prestations thérapeutiques 202451 - 202462, 202473 - 202484, 202495 - 202506, 202532 - 202543, 202554 - 202565, 202591 - 202602, 202613 - 202624, 202650 - 202661, 202672 - 202683 et 202753 - 202764 n'intervient que si le patient a subi au moins une fois un blocage diagnostique sélectif figurant sous les numéros de prestations respectifs 202436 - 202440, 202510 - 202521, 202576 - 202580, 202635 - 202646 et 202731 - 202742, maximum trois mois avant la première des prestations thérapeutiques mentionnées ci-dessus ou avant la première des prestations thérapeutiques, après une interruption de plus de douze mois."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

"b) Les prestations mentionnées dans la rubrique e) d'une valeur égale ou supérieure à K 90 ne sont cumulables avec les prestations de la rubrique a) que si elles sont effectuées par un autre médecin spécialiste en anesthésie-réanimation.

c) Le médecin spécialiste qui porte en compte des prestations mentionnées dans la rubrique e) doit tenir, outre un dossier médical documenté, un registre annuel faisant mention des caractéristiques du patient et de l'indication médicale par prestation, à des fins de peer-review et dans le but de rendre possible la réalisation d'une évaluation efficace du traitement de la douleur chronique."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012)

"d) Les honoraires pour les prestations d'anesthésie 202355-202366, 202370-202381, 202392-202403, 202436-202440, 202451-202462, 202495-202506, 202473-202484, 202510-202521, 202532-202543, 202554-202565, 202576-202580, 202591-202602, 202613-202624, 202635-202646, 202650-202661, 202672-202683, 202716-202720, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786 et 202790-202801 mentionnées dans la rubrique e) ne peuvent pas être cumulés au cours de la même séance avec les honoraires pour les prestations d'imagerie médicale des articles 17, 17bis, 17ter ou 17quater."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

"e) Les honoraires pour les prestations mentionnées dans la rubrique e) ne peuvent être remboursés que si ces prestations sont effectuées dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012)

"§ 5. Les prestations 202414 - 202425, 202694 - 202705, 202790 - 202801, 202812 - 202823 et 202856-202860 sont aussi honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé comme médecin spécialiste en chirurgie générale, en neurochirurgie, en neurologie, en chirurgie orthopédique, en rhumatologie ou en médecine physique et en réadaptation."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012)

"§ 6. Les prestations 202355 - 202366, 202370 - 202381, 202392 - 202403, 202436 - 202440, 202451 - 202462, 202495 - 202506, 202473 - 202484, 202510 - 202521, 202532 - 202543, 202554 - 202565, 202576 - 202580, 202591 - 202602, 202613 - 202624, 202635 - 202646, 202650 - 202661, 202672 - 202683, 202716 - 202720, 202731 - 202742, 202753 - 202764, 202775 - 202786, 202834 - 202845 et 202856 - 202860 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en neurochirurgie."

"A.R. 13.11.2011" (en vigueur 1.2.2012) + Erratum M.B. 6.1.2012

"§ 7. Les prestations 202436-202440, 202451-202462, 202473-202484, 202495-202506, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786, 202790-202801, 202812-202823, 202834-202845 et 202856-202860 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé en tant que médecin spécialiste en radiodiagnostic qui est familiarisé avec des techniques interventionnelles, sur prescription du médecin traitant."