"A.R. 17.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"SECTION 12. - Surveillance, examen, et permanence pour les bénéficiaires admis à l'hôpital ou à l'hôpital de jour, et prestations délivrées dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés."

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Art. 25. § 1er. Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus:

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

	0080	598006	les cinq premiers jours, par jour	C	12	"

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"		598124	par un médecin accrédité, les cinq premiers jours, par jour	C Q	12 + 30	"

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

"	0081	598021	du sixième au douzième jour inclus, par jour	C	6	
	0082	598043	du treizième jour, jusqu'à la fin du sixième mois, par jour	C	3	
		598065	du treizième jour jusqu'à la fin du sixième mois, pour la surveillance des bénéficiaires hospitalisés, pour les prestations visées à l'article 25, § 2, a), 2°, 3e alinéa par jour	C	2	

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

		598080	à partir du septième mois d'hospitalisation, si la surveillance est assurée par un médecin spécialiste quelle que soit sa spécialité, par jour	C	2,5	

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

		598102	à partir du septième mois d'hospitalisation, si la surveillance est assurée par un médecin de médecine générale, par jour	C	3	"

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.6.2009) + "A.R. 28.4.2011" (en vigueur 1.7.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)

"	0084	598404	Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie, en pédiatrie, en rhumatologie, en oncologie médicale, en gériatrie : les cinq premiers jours, par jour	C	16	"

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.6.2009) + "A.R. 28.4.2011" (en vigueur 1.7.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)

"	598146	Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin accrédité spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie, en pédiatrie, en rhumatologie, en oncologie médicale, en gériatrie : les cinq premiers jours, par jour	C Q	16 + 30	"

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service A :

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

	598426	les douze premiers jours, par jour	C	19	"

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	598161	par un médecin spécialiste accrédité, les douze premiers jours, par jour	C Q	19 + 30	"

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

"	598441	du treizième au trentième jour inclusivement, par jour	C	15	"

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

"	598463	du trente et unième jour au nonantième jour inclusivement, par jour	C	11	"

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

"	598485	du nonante et unième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation, par jour	C	5	"

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"Surveillance d'un bénéficiaire occupant un lit "traitement intensif" (IB) par un médecin agréé comme spécialiste en psychiatrie:

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010)

	598345	les douze premiers jours, par jour	C	38	

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

	598360	par un médecin spécialiste accrédité, les douze premiers jours, par jour	C	38	+	
			Q	30		

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010)

	598382	du treizième au trentième jour inclus, par jour	C	30		
	598765	du trente et unième jour au nonantième jour inclus, par jour	C	22		
	598780	à partir du nonante et unième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation inclus, par jour	C	10		"

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service K."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

"	598861	les douze premiers jours, par jour	C	28,5		

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

	598883	par un médecin accrédité, les douze premiers jours, par jour	C	28,5	+	
			Q	30		"

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010)

"	598905	du treizième au nonantième jour inclusivement, par jour	C	22,5		"
	598920	*Supprimée par A.R. 23.10.2009 (en vigueur 1.1.2010)*				

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

"	598942	du nonante et unième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation, par jour	C	7,5		"

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service T ou un service Sp-psychogériatrique d'un hôpital psychiatrique:

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

	598522	les douze premiers jours, par jour	C	17,5		"

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	598183	par un médecin spécialiste accrédité, les douze premiers jours, par jour	C	17,5	+	
			Q	30		"

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

"	598544	du treizième au soixantième jour inclus, par jour	C	12		"

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

"	598566	du soixante et unième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation, par jour	C	7,5		
	598662	du septième mois d'hospitalisation jusqu'à la fin du douzième mois d'hospitalisation, par jour	C	5		
	598684	à partir du treizième mois d'hospitalisation, par jour	C	3		"

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"Surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service de psychogériatrie Sp d'un hôpital général par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie :

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010)

	599185	les douze premiers jours, par jour	C	17,5		

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

	599281	par un médecin spécialiste accrédité, les douze premiers jours, par jour	C	17,5	+	
			Q	30		"

"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)

"	598964	du treizième au soixantième jour inclus, par jour	C	12		

"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

	598986	par un médecin spécialiste accrédité, du treizième au soixantième jour, par jour	C	12	+	
			Q	30		"

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"Honoraires de surveillance d'un patient séjournant dans un service Tf ou Tp ou dans un milieu familial, exécutés par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie.

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

	599325	les premiers douze jours, par jour	C	16		
	599340	du treizième au soixantième jour inclus, par jour	C	6		"

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995)

"	599362	du soixante et unième jour à la fin du sixième mois d'hospitalisation, par jour	C	3	"

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)

"Les honoraires de surveillance repris sous les numéros de prestation 598426, 598161, 598441, 598463, 598485, 598345, 598360, 598382, 598765, 598780, 598861, 598883, 598905, 598920, 598942, 598522, 598183, 598544, 598566, 598662, 598684, 599185, 599281, 598964, 598986, 599325, 599340 et 599362 couvrent la surveillance directe des patients admis et leur dossier médical :"

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"- les contacts directs avec le patient et sa famille
- les contacts avec le médecin référent
- la coordination de l'équipe multidisciplinaire par le médecin psychiatre ou neuropsychiatre
- l'organisation des activités diagnostiques et thérapeutiques de l'équipe
- la psychothérapie individuelle ou collective et l'instauration et le suivi de la pharmacothérapie individuelle."

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"Le dossier médical du patient contient le rapport daté et paraphé par le médecin des activités mentionnées ci-dessus et permet de donner une image objective des démarches diagnostiques et thérapeutiques et de la disponibilité pendant l'admission."

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + Erratum M.B. 22.9.2003

"	597704	Honoraire de disponibilité pendant les absences dans un but thérapeutique du patient admis dans un service A, K et T d'un hôpital psychiatrique	C	3	"

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"L'honoraire de disponibilité peut être porté en compte par le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie qui effectue la surveillance du patient pendant son admission quand le patient est absent dans le cadre d'un congé thérapeutique planifié.

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

La prestation 597704 peut être portée en compte à partir du deuxième mois d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique avec un maximum de trois jours par mois-calendrier et vingt-et-un jours par année-calendrier.

La prestation 597704 ne peut pas être portée en compte après la sortie du patient de l'hôpital psychiatrique.

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

	597726	Honoraires pour l'examen psychiatrique d'entrée avec rapport pour le patient admis dans un service A, K, T, Sp-psychogériatrique ou un lit "traitement intensif" (IB) d'un hôpital effectué par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.	C	30

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

L'examen psychiatrique d'entrée peut être porté en compte une fois pendant la première semaine d'hospitalisation d'un patient dans le service visé et comprend la détermination et l'affinement du diagnostic et du traitement via l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse, les tests psychologiques complémentaires et la rédaction d'un plan thérapeutique psychothérapeutique et pharmacothérapeutique.

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

	597741	Honoraires pour l'examen psychiatrique de sortie avec rapport, pour le patient admis dans un service A, K, T, Sp-psychogériatrique ou un lit "traitement intensif" (IB) d'un hôpital, effectué par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.	C	30

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

L'examen psychiatrique de sortie peut être porté en compte une fois pendant la dernière semaine d'hospitalisation d'un patient dans le service concerné et comprend, outre le rapport circonstancié du diagnostic et du traitement, les conclusions psychothérapeutiques et les directives pour le suivi ambulatoire ultérieur.

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 30.8.2026" (en vigueur 1.11.2026)

"Le rapport final des prestations 597726 et 597741 (examens d'entrée et de sortie) est intégré dans le rapport de sortie du médecin spécialiste en psychiatrie, qui est envoyé au médecin généraliste détenteur du DMG et au médecin référent si le patient a donné son consentement. Le rapport relatif à l'examen somatique du patient (401240, 401262, 599082, 597240 ou 597262) est également intégré dans le rapport de sortie. Si le patient n'a pas de médecin généraliste détenteur du DMG, le rapport de sortie sera conservé dans le dossier médical du patient et transmis dès que l'identité du médecin généraliste sera connue."

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

Les prestations 597726 et 597741 peuvent être cumulées avec l'honoraire de surveillance."

"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597446	Honoraires pour la concertation multidisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un bénéficiaire de moins de 18 ans hospitalisé dans un service K, avec rapport	C	75	"

"A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597682	Honoraires pour la concertation multidisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, pour un bénéficiaire de moins de 18 ans hospitalisé dans un service K, avec rapport	C Q	75 + 30	"

"A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)

"La prestation 597446 ou 597682 peut être cumulée avec les prestations de surveillance.

"A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

La concertation multidisciplinaire (597446 ou 597682) peut être attestée une fois par semaine.

Doit participer à la concertation multidisciplinaire, en plus du médecin spécialiste en psychiatrie, du psychologue ou de l'orthopédagogue et de l'infirmier ou de l'éducateur, lequel assure l'encadrement quotidien, au moins un collaborateur porteur de l'une des qualifications suivantes : assistant social ou infirmier en santé communautaire, ergothérapeute, kinésithérapeute, logopède ou enseignant."

"A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"Un rapport de cette concertation, avec mention des participants, sera joint au dossier du patient. Les résultats de cette concertation sont également examinés avec le patient et/ou l'(les) adulte(s), qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien."

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597645	Honoraires pour la concertation multidisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un adulte hospitalisé dans un service T, avec rapport	C	75	
	597660	Honoraires pour la concertation multidisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un adulte hospitalisé dans un service T, avec rapport	C Q	75 + 30	"

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)

"Les prestations 597645 ou 597660 peuvent être attestées à partir du premier mois de l'hospitalisation dans un service T.

Les prestations 597645 ou 597660 ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par mois à partir du premier mois de l'hospitalisation jusqu'au 24e mois inclus, une seule fois tous les trois mois à partir du 25e mois jusqu'au 72e mois inclus et une seule fois tous les six mois à partir du 73ê mois."

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"A cette concertation multidisciplinaire portant les numéros d'ordre “597645” et “597660” participe, outre le médecin spécialiste en psychiatrie et le praticien de l'art infirmier, au moins un collaborateur ayant une des qualifications suivantes : psychologue, assistant social, infirmier en santé communautaire, ergothérapeute ou kinésithérapeute."

"A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010)
"Un rapport de cette concertation mentionnant les participants fait partie du dossier du patient. Les résultats de cette concertation sont également examinés avec le patient ou son ou ses représentant(s).

Les honoraires pour les prestations 597645 ou 597660 peuvent être cumulés avec les honoraires de surveillance."

"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"

597586	Honoraires pour la concertation multidisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un adulte hospitalisé dans un service A, avec rapport	C	75
597601	Honoraires pour la concertation multidisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un adulte hospitalisé dans un service A, avec rapport	C Q	75 + 30

"

"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011) + "A.R. 28.4.2021" (en vigueur 1.7.2021)
"Les prestations 597586 ou 597601 ne peuvent être attestées qu'une fois par quinze jours, durant les trente premiers jours de l'hospitalisation dans un service A et ensuite une fois par mois. "

"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"A cette concertation multidisciplinaire portant les numéros d'ordre "597586" et "597601" participe, outre le médecin spécialiste en psychiatrie et le praticien de l'art l'infirmier, au moins un collaborateur porteur de l'une des qualifications suivantes : psychologue, assistant social, infirmier en santé communautaire, ergothérapeute ou kinésithérapeute.

"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)
Un rapport de cette concertation, avec mention des participants, fait partie du dossier du patient. Les résultats de cette concertation sont également examinés avec le patient ou son (ses) représentant(s).

Les honoraires pour les prestations 597586 ou 597601 peuvent être cumulés avec les honoraires de surveillance."

"A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"		597402	Honoraires pour la concertation multidisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un adulte hospitalisé dans un lit “traitement intensif” (IB), avec rapport	C	75		
		597424	Honoraires pour la concertation multidisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un adulte hospitalisé dans un lit “traitement intensif” (IB), avec rapport	C Q	75 30	+ 	

Les prestations 597402 ou 597424 ne peuvent être attestées qu’une fois tous les quinze jours, durant le premier mois de l’hospitalisation dans un lit “traitement intensif” (IB) et ensuite une fois par mois.

A cette concertation multidisciplinaire portant les numéros d’ordre 597402 et 597424 participe, outre le médecin spécialiste en psychiatrie et le praticien de l’art l’infirmier, au moins un collaborateur porteur de l’une des qualifications suivantes : psychologue, assistant social, infirmier en santé communautaire, ergothérapeute ou kinésithérapeute.

Un rapport de cette concertation, avec mention des participants, fait partie du dossier du patient. Les résultats de cette concertation sont également examinés avec le patient ou son (ses) représentant(s).

Les honoraires pour les prestations 597402 ou 597424 peuvent être cumulés avec les honoraires de surveillance. "

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 14.12.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.6.2009) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en gastro-entérologie, en pneumologie, en rhumatologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie, en oncologie médicale d'un malade hospitalisé dans un service D: "

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 14.12.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.6.2009)

"	0074	598706	les cinq premiers jours, par jour	C	20	"

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"		598205	par un médecin spécialiste accrédité, les cinq premiers jours, par jour	C Q	20 30	+ 	"

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988)

"	0071	598721	du sixième au douzième jour inclus, par jour	C	7	
	0072	598743	le treizième jour et les jours suivants, par jour	C	3,5	"

			"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) "Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en pédiatrie ou comme spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie porteurs d'un titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique d'un malade hospitalisé dans un service E :"			
			"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 14.12.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.5.2006)			
"	0075	598802	les cinq premiers jours, par jour	C	25	"
			"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.5.2006) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)			
"		598220	par un médecin spécialiste accrédité, les cinq premiers jours, par jour	C Q	25 + 30	"
			"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986)			
"	0076	598824	du sixième au douzième jour inclus, par jour	C	7	
	0077	598846	le treizième jour et les jours suivants, par jour	C	3,5	"
			"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) "Honoraires pour l'examen clinique par le médecin spécialiste en pédiatrie d'un nouveau-né séjournant dans "une fonction N*" couplée à une hospitalisation de la mère dans un service M ou à une hospitalisation du nouveau-né dans un service E."			
			"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 23.11.2005" (en vigueur 1.2.2006)			
"		596024	pour l'ensemble des examens du premier jour, par jour	C	43	
		596046	pour l'ensemble des examens, du deuxième et du troisième jour, par jour	C	32	
		596061	pour l'ensemble des examens, du quatrième jour et des jours suivants, par jour	C	21,5	"
			"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) "Honoraires pour l'examen clinique par le médecin spécialiste en pédiatrie accrédité d'un nouveau-né séjournant dans "une fonction N*" couplée à une hospitalisation de la mère dans un service M ou à une hospitalisation du nouveau-né dans un service E."			
			"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 23.11.2005" (en vigueur 1.2.2006)			
"		596120	pour l'ensemble des examens, du premier jour, par jour	C Q	43 + 30	
		596142	pour l'ensemble des examens, du deuxième et du troisième jour, par jour	C Q	32 + 30	

	596164	pour l'ensemble des examens, du quatrième jour et des jours suivants, par jour	C Q	21,5 + 30	"

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 23.11.2005" (en vigueur 1.2.2006)
"Par jour, une seule et unique des prestations de la série des prestations de 596024, 596046, 596061, 596120, 596142 à 596164, peut être portée en compte. Elles ne sont pas cumulables avec la prestation 599104 pour le même patient, le même jour."

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 3.2.2011" (en vigueur 1.4.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Honoraires de surveillance par un médecin spécialiste en pédiatrie d'un malade hospitalisé dans un service agréé de néonatologie intensive (service NIC), y compris la permanence pour le service NIC:"

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"	596223	le 1er jour	C	51	
	596245	le 2e et le 3e jour, par jour	C	44	
	596260	le 4e jour et jours suivants, par jour	C	21,5	"

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 3.2.2011" (en vigueur 1.4.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Honoraires de surveillance par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité d'un malade hospitalisé dans un service agréé de néonatologie intensive (service NIC), y compris la permanence pour le service NIC :"

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"	596326	le 1er jour	C Q	51 + 30	
	596341	le 2e et le 3e jour, par jour	C Q	44 + 30	
	596363	le 4e jour et jours suivants, par jour	C Q	21,5 + 30	"

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 14.12.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.2.2006) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en gériatrie d'un malade hospitalisé dans un service G:"

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 14.12.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 16.12.2022" (en vigueur 1.2.2023)

"	599126	les six premiers jours, par jour	C	23,3	"

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 16.12.2022" (en vigueur 1.2.2023)

"	598286	par un médecin spécialiste accrédité, les six premiers jours, par jour	C Q	23,3 + 30	"

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 16.12.2022" (en vigueur 1.2.2023)

"	599141	du septième au trentième jour inclus, par jour	C	7	"

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988)

"	599163	le trente et unième jour et les jours suivants, par jour	C	3,5	"

"A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.2.2006)

"Gériatrie de liaison

"A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.2.2006) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

599045	Honoraires pour l'examen par le médecin spécialiste en gériatrie, effectué chez un bénéficiaire admis dans un autre service que G (300), âgé de plus de 75 ans, sur prescription du médecin spécialiste autre que gériatre, qui exerce la surveillance	C	40	

Cette prestation ne peut être portée en compte que deux fois maximum durant la même période d'hospitalisation ininterrompue et est cumulable avec les honoraires de surveillance du médecin spécialiste demandeur.

"A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.2.2006)

Le rapport écrit de l'examen gériatrique avec le plan de traitement détaillé doit être conservé dans le dossier du patient."

"A.R. 9.1.2011" (en vigueur 1.3.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597623	Honoraires pour la participation à une concertation multidisciplinaire, sous sa direction, par le médecin spécialiste en gériatrie chez un bénéficiaire admis dans un autre service que G (300), âgé de plus de 75 ans et chez qui précédemment au moins une prestation avec le numéro d'ordre 599045 a été faite pendant le même séjour	C	10	

"A.R. 9.1.2011" (en vigueur 1.3.2011)

A cette concertation participe outre l'infirmier, au moins un des membres suivants de l'équipe de liaison interne : le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le psychologue, le logopédiste, le diététicien, l'assistant social, l'infirmière en santé communautaire.

La décision de cette concertation fait partie du dossier du patient.

"A.R. 9.1.2011" (en vigueur 1.3.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
La prestation 597623 peut être seulement portée en compte par un médecin spécialiste en gériatrie qui est attaché au même hôpital, disposant d'un programme de soins agréé en gériatrie. Dans un hôpital sans programme de soins agréé en gériatrie, la prestation peut être portée en compte par le médecin spécialiste en gériatrie d'un hôpital disposant d'un accord de collaboration fonctionnelle comme repris à l'article 2 de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

"A.R. 9.1.2011" (en vigueur 1.3.2011)
La prestation 597623 peut être portée en compte maximum deux fois par semaine par bénéficiaire."

"A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.2.2006)
"Examen gériatrique de sortie

"A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.2.2006) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

599060	Honoraires pour l'examen gériatrique de sortie par le médecin spécialiste en gériatrie, chez le bénéficiaire à partir de 75 ans hospitalisé dans un service de gériatrie G (300)	C	30	

L'examen gériatrique de sortie ne peut être porté en compte qu'une seule fois, pendant la dernière semaine d'admission, par le médecin spécialiste en gériatrie qui assure la surveillance du patient dans le service de gériatrie G (300), et comprend un rapport au médecin généraliste traitant avec un plan multidisciplinaire détaillé pour le traitement ultérieur, le suivi et la revalidation à domicile ou dans un milieu familial de remplacement."

"A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.2.2006)
Suppression des prestations 599001, 598242, 599222 et 598264 par l'AR du 5.9.2001 (en vigueur 1.10.2001)

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 19.6.2002" (en vigueur 1.7.2002) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)
"Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp (soins palliatifs) à partir du premier jour d'hospitalisation dans ce service:

599782	du 1er au 30e jour, par jour	C	23,3	

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 19.6.2002" (en vigueur 1.7.2002) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

599804	par un médecin accrédité, du 1er au 30e jour, par jour	C Q	23,3 + 30	"

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

"	597763	du trente-et-unième jour jusqu'à la fin du sixième mois, par jour	C	3	"

			"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 12.8.2008" (en vigueur 1.11.2008) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)			
			"Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie, Sp-locomoteur, Sp-chronique ou Sp-psychogériatrique quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus :"			
			"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995)			
"		599384	les cinq premiers jours, par jour	C	12	"
			"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)			
"		598323	par un médecin accrédité, les cinq premiers jours, par jour	C Q	12 + 30	"
			"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.5.2006)			
"		599406	du sixième au douzième jour inclusivement, par jour	C	7,5	
		599421	du treizième jour, jusqu'à la fin du sixième mois, par jour	C	4	"
			"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + Erratum M.B. 22.9.2003 + "A.R. 28.4.2011" (en vigueur 1.7.2011) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016) + "A.R. 15.3.2002" (en vigueur 1.5.2022)			
"		597785	Honoraire pour l'examen d'entrée avec examen médical, tenue d'un dossier médical central et rédaction d'un plan de réadaptation fonctionnelle adapté pour le patient admis dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologique, Sp-locomoteur ou Sp-chronique, effectué par un médecin spécialiste en médecine interne, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, neurologie, neuropsychiatrie, gériatrie, chirurgie orthopédique ou en médecine physique et réadaptation fonctionnelle ou en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des personnes handicapées.	C	30	"
			"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.2.2018)			
			"La prestation 597785 ne peut être portée en compte qu'une seule fois, pendant la première semaine de l'hospitalisation dans un service Sp et peut être cumulée avec l'honoraire de surveillance."			
			"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 21.8.2008" (en vigueur 1.11.2008) + "A.R. 9.11.2016" (en vigueur 1.1.2017) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)			
"	0090	599082	Examen d'un patient hospitalisé par un médecin spécialiste	C	26	"
			"A.R. 21.8.2008" (en vigueur 1.11.2008) + "A.R. 9.11.2016" (en vigueur 1.1.2017) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)			
			"L'examen est demandé par le médecin qui exerce la surveillance du patient. L'examen n'est pas réalisé par un médecin spécialiste en psychiatrie.			

L'examen est réalisé par un médecin d'une autre spécialité que celle du médecin demandeur. Toutefois, un médecin spécialiste en pédiatrie et porteur du titre professionnel particulier en neuropédiatrie peut réaliser un examen à la demande d'un médecin spécialiste en pédiatrie."

"A.R. 24.11.2025" (en vigueur 1.1.2026)

"		596083	Examen au lit et suivi d'un patient hospitalisé jusqu'à sa sortie par un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en infectiologie clinique, avec rapport écrit obligatoire repris dans le dossier médical du patient	C	34	"

La prestation 596083 est effectuée dans un hôpital agréé. L'examen est demandé par écrit ou électroniquement par le médecin qui exerce la surveillance du patient hospitalisé à l'exception d'un médecin lui-même porteur du titre professionnel particulier en infectiologie clinique. La demande écrite ou électronique est incluse dans le dossier médical.

La prestation 596083 comprend au minimum 2 examens du patient : un premier à la phase diagnostique et de discussion thérapeutique, et au moins un autre au moins 48 heures après le premier examen. Chaque examen doit faire l'objet d'un rapport écrit dans le dossier médical. Après le deuxième examen, un rapport écrit de synthèse des deux examens doit être envoyé par le prestataire au médecin généraliste qui gère le DMG, si le patient a donné son consentement. Si le patient n'a pas de médecin généraliste qui gère le DMG, ce rapport écrit sera conservé dans le dossier du patient et transmis dès que l'identité du médecin généraliste qui gère le DMG sera connue.

La prestation 596083 comprend une visite initiale avec un examen du patient, des hypothèses diagnostiques et un plan de soins (investigations éventuelles, traitement ou surveillance). Elle inclut une ou plusieurs visites de suivi du patient qui comprennent un examen du patient, l'analyse des résultats des investigations, de l'efficacité, de la tolérance du traitement (et d'éventuelles interactions avec les autres médicaments prescrits) et qui commentent le plan de soin initial et l'actualisent. Ces visites de suivi sont faites autant de fois que nécessaire.

La prestation 596083 ne peut être attestée qu'une seule fois au cours de la même hospitalisation quel que soit le nombre de visites de suivi effectuées.

La prestation 596083 ne peut être cumulée avec les prestations 599082, 599104, 596525, 596540 et 599045 par le médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en infectiologie clinique au cours de la même hospitalisation. "

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 11.1.1988" (en vigueur 1.1.1988)

"	0091	599104	Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M	C	20	"
	0092	599200	*Supprimée par A.R. 21.8.2008 (en vigueur 1.11.2008)*			

"A.R. 11.1.1988" (en vigueur 1.1.1988) + "A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] + "A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"		599303	Honoraires pour le médecin spécialiste en pédiatrie qui surveille le patient nouveau-né durant son transfert vers un service NIC d'un autre établissement hospitalier	C	150	"

"A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	599970	599981	Surveillance avec présence permanente d'un médecin-spécialiste en pédiatrie dans un service N* en vue du soutien et du contrôle des fonctions vitales d'un nouveau-né dans le cadre de la préparation pour le transfert vers un service NIC	C	102	

La prestation 599970-599981 peut être cumulée avec les prestations de l'article 13 et avec d'autres prestations techniques nécessaires pour le soutien et le contrôle des fonctions vitales du nouveau-né."

"A.R. 19.11.2024" (en vigueur 1.2.2025)

"	599992	600003	Honoraires pour un médecin spécialiste en gynécologie pour le renvoi d'une femme enceinte avec grossesse à haut risque d'un service M vers une section MIC d'un autre établissement hospitalier	C	71	

La prestation 599992-600003 n'est pas cumulable avec une prestation de l'article 26.

Les honoraires nécessitent la rédaction d'un rapport détaillé avec lettre d'envoi après concertation au préalable avec le médecin MIC.

La femme enceinte et son partenaire sont informés de la prise en charge proposée et du suivi ultérieur. "

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 28.4.2011" (en vigueur 1.7.2011)

"Psychiatrie de liaison.

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 28.4.2011" (en vigueur 1.7.2011) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

		599443	Honoraires pour le premier examen psychiatrique, effectué au sein du service où séjourne un bénéficiaire hospitalisé, par un médecin spécialiste en psychiatrie sur prescription du médecin qui en a la surveillance, avec dossier de liaison central	C	56	
		599465	Honoraires pour l'examen et/ou traitement psychiatrique suivant par un médecin spécialiste en psychiatrie au sein du service où séjourne le patient	C	34	"

"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.5.2003)
"Le dossier de liaison doit comporter 3 parties:

"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
- une demande du médecin non psychiatre dans le dossier de liaison central;
- un dossier de liaison central, tenu par le psychiatre de liaison;
- notes d'utilité pratique pour le médecin non psychiatre dans le dossier médical et ceci lors de chaque consultation.

"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.5.2003)
Lors de chaque contact patient, une note doit apparaître dans les 2 dossiers.

Le dossier de liaison central doit contenir les éléments suivants:

- date de la demande et date du 1er avis;
- nom, date de naissance et n° de dossier du patient, nom du médecin référant et raisons du renvoi;
- antécédents médicaux et psychiatriques;
- historique du problème actuel (aussi bien somatique que psychique);
- anamnèse psycho-sociale;
- examen mental;
- médication actuelle;
- diagnostic du problème somatique;
- diagnostic psychiatrique;
- traitement proposé;
- interventions proposées pendant l'hospitalisation (hétéro-anamnèse, contact avec le médecin généraliste traitant, intervention de crise, entretiens de soutien, interventions de liaison,...);
- renvoi aux instances psychiatriques et psychosociales;
- proposition d'examens complémentaires;
- entretiens de suivi avec interventions réalisées."

"A.R. 10.6.2006" (en vigueur 1.7.2006)
"Psychiatrie de liaison infanto-juvénile"

"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597461	Honoraires pour le premier examen effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie, avec évaluation et rédaction du dossier de liaison central, pour des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, sur prescription du médecin spécialiste qui exerce la surveillance	C	71	"

"A.R. 10.6.2006" (en vigueur 1.7.2006) + "A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	596562	Honoraires pour le premier examen effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, avec évaluation et rédaction du dossier de liaison central, pour des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, sur prescription du médecin spécialiste qui exerce la surveillance	C Q	71 + 30	"

"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597483	Honoraires pour l'examen suivant, le traitement et le suivi, effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie, pour des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, sur demande du médecin spécialiste qui exerce la surveillance	C	55	"

"A.R. 10.6.2006" (en vigueur 1.7.2006) + "A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	596584	Honoraires pour l'examen suivant, le traitement et le suivi, effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans, sur demande du médecin spécialiste qui exerce la surveillance	C Q	55 + 30	"

"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597505	Concertation multidisciplinaire dirigée par un médecin spécialiste en psychiatrie pendant l'hospitalisation d'un patient âgé de moins de 18 ans hors d'un service de neuropsychiatrie infantile d'un hôpital général (service *K*) d'une durée minimale de 30 minutes	C	75	"

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597564	Concertation multidisciplinaire dirigée par un médecin spécialiste accrédité en psychiatrie pendant l'hospitalisation d'un patient âgé de moins de 18 ans hors d'un service de psychiatrie infantile d'un hôpital général (service K), d'une durée minimale de 30 minutes	C Q	75 + 30	"

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)

"La concertation (597505 ou 597564) est précédée de l'examen du patient (597461 ou 596562).

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

La concertation exige la présence simultanée du médecin spécialiste en psychiatrie, du psychologue ou de l'orthopédagogue et du praticien de l'art infirmier du service où le patient est hospitalisé."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013)

"La concertation fait l'objet d'un rapport.

L'assurance couvre au maximum une concertation par semaine."

"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597520	Entretien de médiation du médecin spécialiste en psychiatrie avec une personne chargée de l'éducation d'un patient âgé de moins de 18 ans hospitalisé hors d'un service de neuropsychiatrie infantile (service K)	C	40	"

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597542	Entretien de médiation du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité avec une personne chargée de l'éducation d'un patient âgé de moins de 18 ans hospitalisé hors d'un service de neuropsychiatrie infantile (service *K*)	C Q	40 + 90	

Le médecin chargé de la surveillance du patient dans le service demande l'entretien de médiation.

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)
L'entretien dure au moins une heure.

L'entretien est rapporté dans le dossier.

L'assurance couvre au maximum un entretien de médiation par semaine.

L'assurance ne couvre pas un entretien de médiation réalisé le même jour qu'un examen de psychiatrie de liaison (597461 ou 596562, 597483 ou 596584)."

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)
"Pédiatrie de liaison"

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Honoraires pour l'examen pédiatrique, effectué chez un bénéficiaire hospitalisé de moins de 16 ans, par le médecin spécialiste en pédiatrie, sur prescription du médecin spécialiste non pédiatre qui exerce la surveillance, avec rapport écrit repris dans le dossier médical:

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

	596525	le premier examen	C	30	"

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

"	596540	le deuxième examen et/ou traitement pédiatrique	C	20	"

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]
"Les prestations 596525 et 596540 ne peuvent être portées en compte chacune qu'une seule fois au cours de la même admission."

"A.R. 22.12.2022" (en vigueur 1.2.2023)

" 596724 Honoraires pour l'examen pédiatrique, effectué chez un bénéficiaire hospitalisé de moins de 18 ans dans un service K dans le cadre d'un trouble de l'alimentation, avec une fréquence maximale de deux fois par semaine, par le médecin spécialiste en pédiatrie, sur prescription du médecin spécialiste en psychiatrie qui exerce la surveillance, avec rapport écrit repris dans le dossier médical C 53

La prestation 596724 n'est pas cumulable par le médecin spécialiste en pédiatrie ou le médecin spécialiste en psychiatrie avec les prestations 599082, 596525 et 596540 au cours de la même admission. "

"A.R. 18.5.2024" (en vigueur 1.9.2024) + "A.R. 30.8.2026" (en vigueur 1.11.2026)

"Soins somatiques dans un hôpital psychiatrique et service psychiatrique d'un hôpital général"

"A.R. 18.5.2024" (en vigueur 1.9.2024)

401240 Honoraires pour l'examen médical lors de l'admission, effectué chez un bénéficiaire admis à temps plein dans un service A, T, Sp-psychogériatrique ou un lit "traitement intensif" (IB) d'un hôpital psychiatrique. C 26

La prestation 401240 peut être attestée par un médecin spécialiste en médecine interne, un médecin spécialiste en gériatrie, un médecin généraliste ou un médecin généraliste avec droits acquis.

Par exception au paragraphe précédent, la prestation 401240 peut également être attestée par des médecins qui justifient au moyen d'une déclaration sur l'honneur qu'ils dispensent des soins somatiques dans un hôpital psychiatrique depuis plus de deux ans avant le 28 juin 2024. A cet effet, une candidature doit être introduite avant le 31 décembre 2024 à l'adresse : medicomut@riziv-inami.fgov.be. Cette demande doit contenir les éléments suivants : le nom, prénom et numéro INAMI du médecin, le nom de l'hôpital psychiatrique dans lequel le médecin est employé, la date à partir de laquelle les soins somatiques ont été dispensés dans l'hôpital psychiatrique, la signature du médecin et du directeur de l'hôpital psychiatrique. La liste des médecins sera publiée sur le site de l'INAMI.

La prestation 401240 peut seulement être attestée une fois par admission.

Les honoraires comprennent l'anamnèse et/ou l'hétéro-anamnèse, l'établissement du schéma de médication actualisé et le suivi des effets secondaires éventuels, l'examen médical, les diagnostics somatiques et une proposition de traitement et d'interventions pendant l'hospitalisation, qui seront inclus dans un plan de traitement et de suivi. Le plan comprend également des recommandations d'examens préventifs (statut vaccinal et dépistage).

Un rapport écrit est inclus dans le dossier électronique du patient.

401262 Honoraires pour le suivi des problèmes somatiques chez un bénéficiaire admis à temps plein dans un service A, T, Sp-psychogériatrique ou un lit ″traitement intensif″ (IB) d'un hôpital psychiatrique C 26

La prestation 401262 peut être attestée par un médecin spécialiste en médecine interne, un médecin spécialiste en gériatrie, un médecin généraliste ou un médecin généraliste avec droits acquis.

Par exception au paragraphe précédent, la prestation 401262 peut également être attestée par des médecins qui justifient au moyen d'une déclaration sur l'honneur qu'ils dispensent des soins somatiques dans un hôpital psychiatrique depuis plus de deux ans avant le 28 juin 2024. A cet effet, une candidature doit être introduite avant le 31 décembre 2024 à l'adresse : medicomut@riziv-inami.fgov.be. Cette demande doit contenir les éléments suivants : le nom, prénom et numéro INAMI du médecin, le nom de l'hôpital psychiatrique dans lequel le médecin est employé, la date à partir de laquelle les soins somatiques ont été dispensés dans l'hôpital psychiatrique, la signature du médecin et du directeur de l'hôpital psychiatrique. La liste des médecins sera publiée sur le site de l'INAMI.

La prestation 401262 peut être attestée une fois par période de 15 jours dans les 30 jours suivant l'attestation de la prestation 401240, et ensuite une fois par période de 30 jours.

Les honoraires comprennent la surveillance somatique du patient admis, l'anamnèse et/ou l'hétéro-anamnèse, l'examen médical nécessaire et la concertation avec d'autres dispensateurs de soins.

La prestation 401262 peut uniquement être attestée lorsqu'un examen médical et une surveillance du patient ont effectivement lieu, y compris l'établissement du schéma de médication et un plan de suivi pour le traitement ambulatoire ultérieur

Chaque contact avec le patient doit être noté dans le dossier électronique du patient.

A la sortie, un rapport écrit des prestations 401240 et 401262 est intégré dans la lettre de sortie, qui est envoyée au médecin généraliste qui gère le DMG. Si le patient n'a pas de médecin généraliste qui gère le DMG, le rapport écrit sera conservé dans le dossier électronique du patient et transmis dès que l'identité du médecin généraliste sera connue.

Le médecin qui atteste les prestations 401240 et 401262 ne peut pas attester les prestations 599082, 599384, 598323, 599406, 599421, 109723 au cours de la même hospitalisation. "

"A.R. 30.8.2026" (en vigueur 1.11.2026)

" 597240 Honoraires pour l'examen médical lors de l'admission, effectué chez un bénéficiaire admis à temps plein dans un service A, T ou Sp-psychogériatrique d'un hôpital général C 35

La prestation 597240 peut être attestée au maximum une fois par admission.

La prestation 597240 peut seulement être attestée si les éléments suivants figurent dans le dossier médical :

- anamnèse complète et/ou hétéro-anamnèse ;

- résultat de l'examen médical ;

- diagnostic d'éventuels problèmes somatiques ;

- proposition de traitements et d'interventions pendant l'admission, incluse dans un plan de traitement qui comprend également des recommandations en matière de prévention (statut vaccinal, dépistage) ;

- schéma de médication actualisé.

La concertation avec d'autres dispensateurs de soins, la famille et les aidants proches est également incluse dans les honoraires.

" 597262 Honoraires pour le suivi des problèmes somatiques chez un bénéficiaire admis à temps plein dans un service A, T ou Sp-psychogériatrique d'un hôpital général C 19

La prestation 597262 peut être attestée une fois par période de 7 jours dans les 30 jours suivant l'attestation de la prestation 597240, et ensuite une fois par période de 15 jours.

La prestation 597262 peut seulement être attestée si les éléments suivants figurent dans le dossier médical :

- suivi du plan de traitement pendant l'admission ;

- résultat de l'examen médical ;

- la réévaluation du schéma de médication établi précédemment et le suivi des effets indésirables éventuels.

La concertation avec d'autres dispensateurs de soins, la famille et les aidants proches est également incluse dans les honoraires.

Les prestations 597240 et 597262 peuvent être attestées par un médecin spécialiste en médecine interne, en gériatrie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en cardiologie, en rhumatologie, en oncologie médicale et par un médecin spécialiste en médecine interne, titulaire du titre professionnel particulier en néphrologie ou en endocrinologie-diabétologie ou en hématologie clinique.

Dans chaque service psychiatrique d'un hôpital général, une équipe de médecins spécialistes pouvant prendre en charge la fonction de soins somatiques est créée. Le médecin en chef tient à jour un registre avec les noms de tous les médecins spécialistes de cette équipe qui peuvent assumer la fonction de soins somatiques. La liste est établie par année calendrier et est mise à la disposition du médecin-conseil de l'organisme assureur et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Au sein de chaque hôpital général, le service psychiatrique passe des accords clairs à cette fin avec l'équipe de médecins spécialistes qui assument la fonction de soins somatiques (y compris des accords sur la politique de garde).

La prestation 597262 peut seulement être attestée par le médecin qui a attesté la prestation 597240 ou par un médecin de l'équipe de médecins spécialistes qui peuvent assumer la fonction de soins somatiques.

Les prestations 597240 et 597262 peuvent seulement être attestées si les éléments suivants figurent dans le dossier médical :

- un rapport écrit de la prestation 597240 ;

- une motivation de la nécessité et de la fréquence de la prestation 597262 ;

- une note de chaque contact avec le patient selon la méthode SOEP (subjectif, objectif, évaluation, planification) dans le cadre de la prestation 597262 ;

- un rapport final des prestations 597240 et 597262, un schéma de médication actualisé et un plan de suivi pour la suite du traitement.

Le rapport final des prestations 597240 et 597262 est intégré dans le rapport de sortie du médecin spécialiste en psychiatrie, qui est envoyé au médecin généraliste détenteur du DMG et au médecin référent si le patient a donné son consentement. Si le patient n'a pas de médecin généraliste détenteur du DMG, le rapport de sortie sera conservé dans le dossier médical du patient et transmis dès que l'identité du médecin généraliste sera connue.

Les prestations 597240 et 597262 attestées par un médecin spécialiste en gériatrie ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 599045 et 597623 pendant la même période d'admission.

Les prestations 599082, 599384, 598323, 599406 et 599421 ne peuvent pas être attestées par un médecin qui appartient à la même spécialité médicale que le médecin qui a attesté la prestation 597240 ou une prestation 597262."

"A.R. 17.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Art. 25. § 1erbis. Honoraires de surveillance du bénéficiaire séjournant en hôpital de jour, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus :

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)

"	599480	Honoraire de coordination pour le séjour d'un patient dans un hôpital de jour reconnu	C	15	"

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"La prestation 599480 peut être portée en compte par le médecin spécialiste qui assure la direction médicale de l'hôpital de jour chirurgical en application de l'article 11 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997, et qui est responsable de l'organisation de l'hôpital de jour."

"A.R. 29.11.2019" (en vigueur 1.2.2020)
La prestation 599480 ne peut pas être cumulée avec les prestations de l'article 14, h).

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + Erratum M.B. 21.6.2005 + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597800	Honoraires de surveillance pour le séjour d'un patient dans un hôpital de jour reconnu, pour le médecin spécialiste qui a effectué une des interventions de la liste limitative ci-dessous	C	15	"

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)
Les prestations 597800 et 599480 ne peuvent être portées en compte qu'en cas d'exécution d'une des prestations de la liste limitative ci-après dans un hôpital de jour et de l'exécution effective de la surveillance du patient y compris la préparation du retour à domicile et la décision de départ de l'hôpital de jour."

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 28.9.2006" (en vigueur 1.12.2006) +"A.R. 29.4.2008" (en vigueur 1.5.2007) + "A.R. 24.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 1.4.2016" (en vigueur 1.6.2016) + "A.R. 29.11.2019" (en vigueur 1.2.2020)
"Liste limitative :
220275, 228152, 235174, 244436, 244495, 244554, 250213, 253153, 256513, 257891, 257994, 258090, 260470, 260676, 260794, 260853, 262216, 262231, 280055, 280092, 285390, 286252, 287475, 287534, 300274, 317214, 354056, 432316, 476652, 589050, 589116, 589175, 220290, 238114, 238173, 238195, 238210, 244193, 257390, 260934, 261214, 261236, 276636, 473292, 473712, 423010, 424012, 453574, 453596, 464170, 464192, 589013, 589131, 241872, 241894 et 241916."

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)
"Les prestations 599480 et 597800 sont cumulables entre elles."

		"A.R. 18.12.2009" (en vigueur 1.3.2010)			
"	598581	Honoraires de coordination dans le cadre d'un programme de soins d'oncologie pour le séjour d'un patient en hôpital de jour pour y recevoir un traitement médicamenteux anti-tumoral	C	2	
		"A.R. 18.12.2009" (en vigueur 1.3.2010) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)			
		La prestation 598581 peut être attestée une fois par patient par jour qui donne droit à l'attestation du maxi forfait en cas de traitement médicamenteux anti-tumoral, par le médecin spécialiste en oncologie médicale qui est coordinateur en oncologie comme visé à l'article 24 de l'arrêté royal du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés."			
		"A.R. 17.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)			
"	597354	Honoraires de surveillance pour le séjour d'un bénéficiaire dans une fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour", visée à l'arrêté royal du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour" doit répondre pour être agréée, pour le médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ou le médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques	C	16	
	597376	Honoraires de surveillance pour le séjour d'un bénéficiaire dans une fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour", visée à l'arrêté royal du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour" doit répondre pour être agréée, pour le médecin spécialiste accrédité en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ou le médecin spécialiste accrédité en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques .	C Q	16 + 30	
		Les prestations 597354 et 597376 peuvent uniquement être attestées pour la surveillance des bénéficiaires qui subissent une chimio- ou immunothérapie dans le cadre d'une maladie hématologique maligne.			

	597273	Honoraires de surveillance pour le séjour d'un bénéficiaire dans une fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour", visée à l'arrêté royal du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour" doit répondre pour être agréée, pour le médecin spécialiste en oncologie médicale, le médecin spécialiste porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie, ou le médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques	C	16	

"A.R. 17.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + corrigendum "M.B. 21.4.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)

"	597295	Honoraires de surveillance pour le séjour d'un bénéficiaire dans une fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour", visée à l'arrêté royal du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour" doit répondre pour être agréée, pour le médecin spécialiste accrédité en oncologie médicale, le médecin spécialiste accrédité porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie, ou le médecin spécialiste accrédité en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques	C Q	16 + 30	

Les prestations 597273 et 597295 peuvent uniquement être facturées pour la surveillance des patients lors de l'administration d'une chimioou immunothérapie dans le cadre d'une maladie maligne nonhématologique.

"A.R. 17.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 17.7.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	597310	Honoraires de surveillance pour le séjour d'un bénéficiaire dans une fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour", visée à l'arrêté royal du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour" doit répondre pour être agréée, pour le médecin spécialiste en rhumatologie en vue d'un traitement d'une maladie auto-immunitaire complexe avec un immunosuppressif de la classe ATC L01F par perfusion intraveineuse	C	16	"
	597332	Honoraires de surveillance pour le séjour d'un bénéficiaire dans une fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour", visée à l'arrêté royal du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour" doit répondre pour être agréée, pour le médecin spécialiste accrédité en rhumatologie en vue d'un traitement d'une maladie auto-immunitaire complexe avec un immunosuppressif de la classe ATC L01F par perfusion intraveineuse	C Q	16 + 30	"

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986)
"**§ 2. a) 1°** Les honoraires de surveillance journalière dus pour une période déterminée se calculent à partir de la 1ère journée d'hospitalisation remboursée quel que soit le service ou la section où le bénéficiaire est initialement admis.

Une interruption d'hospitalisation de un, deux ou trois jours ne permet pas de porter en compte une nouvelle fois les honoraires tels qu'ils sont prévus en début d'hospitalisation."

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 7.1.1987" (en vigueur 1.1.1987) + "A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.2.2006)
"Dans les services K, A, T, Sp, Tp et Tf, une interruption d'hospitalisation ne dépassant pas 30 jours ne permet pas de porter en compte une nouvelle fois les honoraires prévus en début d'hospitalisation."

"A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)
"Le premier jour d'admission en service Sp est toujours considéré comme un premier jour d'hospitalisation remboursable, quel que soit le service ou la section où le bénéficiaire est initialement admis."

"A.R. 17.6.2022" (en vigueur 1.9.2022)
"2° Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention chirurgicale sont couverts pendant cinq jours par les honoraires prévus pour cette intervention.

Cette période d'immunisation de cinq jours débute le jour où l'intervention chirurgicale a eu lieu. "

"A.R. 17.6.2022" (en vigueur 1.9.2022) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)
"Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas aux interventions chirurgicales d'une valeur supérieure à K 180, N 300, I 300, si la surveillance est exercée par un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastroentérologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en pédiatrie, en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, en oncologie médicale, en gériatrie, n'ayant pas pratiqué l'acte chirurgical et appartenant à une autre spécialité médicale que le médecin qui a réalisé l'intervention chirurgicale. "

"A.R. 17.6.2022" (en vigueur 1.9.2022)
"Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas non plus pour les prestations de :

- Neurochirurgie visées à l'article 14, b), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 400.

- Chirurgie thoracique visées à l'article 14, e), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500.

- Chirurgie abdominale visées à l'article 14, d), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 350.

- Chirurgie vasculaire visées à l'article 14, f), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500.

- Urologie visées à l'article 14, j), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 300.

- Orthopédie : traitements sanglants, cou et tronc, membres visées à l'article 14, k), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500.

- Gynécologie visées à l'article 14, g), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 225.

- Oto-rhino-laryngologie visées à l'article 14, i), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 400 ainsi que pour les prestations 256771-256782 et 257191-257202.

- Transplantations visées à l'article 14, m).

- Neurochirurgie et orthopédie visées à l'article 14, n), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 410.

- Obstétrique, n°s 424056-424060, 424174-424185, 424196-424200 et toutes les prestations citées à l'article 9, a), sauf les n°s 422225, 422671 et 423673.

- Prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale dont la valeur est égale ou supérieure à I 800.

- Stomatologie dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 225.

Cette période d'immunisation ne s'applique pas davantage aux prestations pour des patients admis dans un service NIC ou dans un service G agréés. "

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003)
"**3°** Par intervention chirurgicale, il faut comprendre pour cette règle d'immunité : toute prestation thérapeutique de l'article 9 (à l'exclusion des prestations 424056 - 424060 et des prestations de l'article 9 a), excepté les numéros 422225, 422671 et 423673), de l'article 14 ou de l'article 34."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 1.5.2006" (en vigueur 1.2.2006) + "A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 9.1.2011" (en vigueur 1.3.2011) + "A.R. 28.4.2011" (en vigueur 1.3.2010) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 24.11.2025" (en vigueur 1.1.2026) + "A.R. 30.8.2026" (en vigueur 1.11.2026)
"**4°** A l'exception des prestations 596525, 596540, 597446, 597645, 597660, 597682, 597586, 597601, 597726, 597741, 597785, 598581, 599045, 597623, 599060, 599082, 599104, 599303, 599443, 599465, 599970-599981, 401240, 401262, 597240 et 597262 les prestations concernant les honoraires de surveillance figurant dans le présent article ne sont pas cumulables entre elles. Une seule de ces prestations peut être attestée par jour."

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"**b) 1°** Les honoraires pour la prestation n° 599082 peuvent être cumulés avec les honoraires de surveillance. Ils ne peuvent être cumulés qu'à 50 % de leur valeur avec les honoraires pour actes techniques effectués par le même médecin ou par un médecin appartenant à la même spécialité pendant une même période d'hospitalisation."

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 28.4.2011" (en vigueur 1.7.2011)
"**2°** Il ne peut être compté qu'un examen par spécialité médicale et par période d'hospitalisation ininterrompue."

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"**3°** La prestation n° 599082 ne peut être attestée que si la consultation a été demandée par écrit ou électroniquement par un médecin assurant la surveillance du patient hospitalisé et appartenant à une autre spécialité médicale que le médecin appelé. "

"A.R. 30.8.2026" (en vigueur 1.11.2026)
" **3° bis** Dans le cas d'une fonction de soins somatiques, le médecin qui a attesté la prestation 597240 ou la prestation 597262 peut également demander la consultation par écrit ou par voie électronique à un médecin appartenant à une autre spécialité médicale. Le rapport de cette consultation sera également inclus dans le rapport de sortie de l'équipe de soins somatiques. "

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 30.8.2026" (en vigueur 1.11.2026)
"4° Pour l'application des dispositions sous 1°, 2°, 3° et 3° bis, il est fait référence aux spécialités médicales reconnues telles que mentionnées à l'article 10, § 1."

“A.R. 3.7.2003” (en vigueur 1.5.2003)
“4°bis La demande écrite ou électronique et le rapport concernant la consultation sont repris dans le dossier médical du patient.”

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986)
"**5°** Pour l'application des dispositions prévues sous 1° et 2°, la période d'hospitalisation est définie comme suit :

- les trois premières semaines d'hospitalisation ;
- du 22ième jour d'hospitalisation jusqu'à la fin du mois calendrier qui suit l'entrée à l'hôpital ;
- ensuite chaque mois calendrier.

c) La prestation 599104 peut être portée en compte au maximum deux fois pendant la durée du séjour du nouveau-né en service M."

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009)
"Chacune des prestations 599970-599981 et 599303 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par nouveau-né."

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 31.8.1998 (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 3.7.2003" (en vigueur 1.5.2003) + "A.R.15.12.2003" (en vigueur 1.1.2004) + "A.R. 28.4.2011" (en vigueur 1.7.2011) + "A.R.15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"**d)** Les prestations 599443 et 599465 visent la consultation de liaison interne lors de problématique psychiatrique chez un patient hospitalisé dans un autre service que A, K, T, Sp-psychogériatrique, Tf ou Tp, à la demande du médecin spécialiste traitant autre que le médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie."

"A.R. 10.6.2006" (en vigueur 1.7.2006) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)
"Les prestations 599443, 599465, 596562, 596584, 597461 et 597483 sont cumulables avec les honoraires de surveillance, mais ne sont pas cumulables entre-elles. Par jour, une seule des prestations 599443, 599465, 596562, 596584, 597461 et 597483 peut être portée en compte.

"A.R. 10.6.2006" (en vigueur 1.7.2006) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
La prestation 596584 ou 597483 peut être portée en compte au maximum 6 fois au cours de la première semaine qui suit la date d'exécution de la prestation 596562 ou 597461 par le médecin spécialiste en psychiatrie."

"A.R. 10.6.2006" (en vigueur 1.7.2006) + "A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014)
"La prestation 596584 ou 597483 ne peut être portée en compte au cours de la deuxième semaine et des semaines suivantes de l'admission hospitalière, qu'au maximum trois fois par semaine après l'exécution de la prestation 596562 ou 597461."

"A.R. 10.6.2006" (en vigueur 1.7.2006) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Les prestations 596562, 596584, 597461 et 597483 ne sont pas cumulables avec des prestations techniques exécutées par le médecin spécialiste en psychiatrie au cours d'une même journée."

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 15.12.2003" (en vigueur 1.1.2004)
"Les prestations 599443 et 599465 ne sont pas cumulables avec les honoraires des prestations techniques de l'article 20, § 1er, f)."

"A.R. 15.12.2003" (en vigueur 1.1.2004) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"A partir du 1 janvier 2005, les prestations 599443 et 599465 ne sont plus attestables que par le médecin spécialiste en psychiatrie."

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995)
"La prestation n° 599443 ne peut être portée en compte qu'une seule fois pendant la même période d'hospitalisation.
La prestation n° 599465 doit toujours être précédée de la prestation 599443 et ne peut être portée en compte qu'une seule fois par période de 7 jours d'hospitalisation entamée."

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 23.10.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"**e)** Les prestations techniques figurant à l'article 20, § 1er, *f)*, effectuées par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie et les prestations techniques figurant à l'article 20, § 1er, *f)ter*, effectuées par un médecin spécialiste en psychiatrie ne sont, à l'exception de la prestation 477050-477061, pas cumulables avec les prestations 598426, 598161, 598441, 598463, 598485, 598345, 598360, 598382, 598765, 598780, 598861, 598883, 598905, 598920, 598942, 598522, 598183, 598544, 598566, 598662, 598684, 599185, 599281, 598964, 598986, 599325, 599340 et 599362. Le cumul est cependant autorisé dans le cas où les prestations techniques précitées sont exécutées par un autre médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie. Dans ce cas, les prestations techniques figurant à l'article 20, § 1er, *f)* et *f)ter* sont honorées à cent pour cent et les honoraires de surveillance à cinquante pour cent des valeurs indiquées pour ces prestations."

"A.R. 4.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + Errata (M.B. 14.3.2001 + 7.4.2001) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]
"**§ 3.** Honoraires pour la permanence médicale intra-hospitalière."

590166 *Supprimée par A.R. 14.9.2007 (en vigueur 1.12.2007)*

"A.R. 4.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + Errata (M.B. 14.3.2001 + 7.4.2001) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007)

"	590181	Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, (i), K, L, M ou NIC, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés	A	24

	590203	Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière dans une fonction reconnue de soins intensifs, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, (i), K, L, M ou NIC, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction reconnue de soins intensifs	A	24	"
	590225	*Supprimée par A.R. 14.9.2007 (en vigueur 1.12.2007)*			
		"A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007) + "A.R. 6.5.2009" (en vigueur 1.12.2007)			
"	590310	Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intrahospitalière dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, par journée ouvrant le droit au maxiforfait ou à un forfait d'hospitalisation de jour pour une des prestations reprises ci-dessous dans la liste limitative ou à un montant pour chirurgie de jour d'un hôpital général qui dispose d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés	A	5	
	590332	Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intrahospitalière dans une fonction reconnue de soins intensifs, par journée ouvrant le droit au maxiforfait ou à un forfait d'hospitalisation de jour pour une des prestations reprises ci-dessous dans la liste limitative ou à un montant pour chirurgie de jour d'un hôpital général qui dispose d'une fonction reconnue de soins intensifs	A	5	"

"A.R. 4.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + Erratum (M.B. du 14.3.2001) + "A.R. 28.4.2011" (en vigueur 1.7.2011) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)
"Pour l'attestation des prestations 590181, 590203, 590310 ou 590332, au moins un des médecins de permanence intramuros est soit porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, soit porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, soit spécialiste agréé en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie, en neurologie, en pédiatrie, en anesthésie-réanimation, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie, en médecine d'urgence, en médecine aiguë, en gériatrie ou en oncologie médicale."

"A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007)
"Les prestations n^{os} 590181, 590203, 590310 et 590332 ne peuvent être portées en compte que si la permanence intrahospitalière requise est effectivement assurée dans l'hôpital.

Les prestations 590181 et/ou 590203 ne peuvent être portées en compte qu'une fois par admission et sont cumulables entre elles."

"A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007) + "A.R. 6.5.2009" (en vigueur 1.12.2007)
"Les prestations 590310 et/ou 590332 ne peuvent être portées en compte qu'une fois par journée ouvrant le droit au maxiforfait ou à un forfait d'hospitalisation de jour pour une des prestations reprises dans la liste limitative reprise ci-après ou à un montant pour hôpital de jour chirurgical et elles sont cumulables entre elles."

"A.R. 6.5.2009" (en vigueur 1.12.2007) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"Liste limitative
149170, 212111, 212214, 238151, 244576, 244591, 253654, 260175, 260293, 261811, 312373, 312395, 355073, 422671, 423010, 423673, 424012, 424115, 432294, 451813, 453154, 453176, 453235, 453272, 453294, 453316, 453574, 453596, 454016, 454031, 454053, 454075, 462814, 464170, 464192, 464236, 464273, 464295, 464310, 465010, 465032, 465054, 465076, 470013, 470271, 471752, 472172, 473174, 473211, 473270, 473292, 473432, 473690, 473712, 474655, 476652, 532210, 589013, 589050, 589116, 589131, 589153, 589175, 589212."

"A.R. 4.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Les prestations 590181 et/ou 590203 et 590310 et/ou 590332 sont destinées à rémunérer les différents médecins qui assurent les permanences suivant les dispositions légales en vigueur et sous la responsabilité du médecin en chef, qui est responsable de la continuité des soins et atteste les prestations."

"A.R. 4.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"Les listes mensuelles des médecins qui effectuent la permanence médicale prévue sous les différents numéros, avec leur qualification et leur titre, doivent être déposées chez le médecin en chef de l'institution hospitalière. Ces listes contiennent aussi les nom et titre du médecin, chef de service de la fonction de soins urgents spécialisés et/ou de soins intensifs. Elles doivent être conservées pendant 5 ans et être à la disposition des organes de contrôle. Le médecin en chef est responsable de l'exactitude des listes."

"A.R. 4.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007)
"Les prestations 590181 et/ou 590203 et 590310 et/ou 590332 ne peuvent être portées en compte que si :

"A.R. 4.12.2000" (en vigueur 1.3.2001)
1. les médecins qui assurent la permanence médicale, remplissent les qualifications visées dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être reconnue ou dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être reconnue ;

2. le médecin, chef de service de la fonction "soins urgents spécialisés" ou de la fonction de soins intensifs satisfait respectivement aux dispositions visées à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être reconnue ou aux dispositions visées à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être reconnue ;"

"A.R. 4.12.2000" (en vigueur 1.3.2001)
"3. Spécifiquement pour le médecin spécialiste en formation, la permanence est assurée dans l'hôpital général où est suivie, suivant le plan de stage, la formation de spécialiste."

"A.R. 4.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007) + "A.R. 10.7.2008" (en vigueur 1.9.2008) + "A.R. 19.7.2024" (en vigueur 1.10.2024)

"	590472		Honoraires pour assistance médicale (y compris le monitoring continu des paramètres vitaux) donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros du groupe d'urgence mobile en vue d'un transport avec accompagnement médical vers l'hôpital dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés.	A	50	"

"A.R. 10.7.2008" (en vigueur 1.9.2008) + Erratum (M.B. 13.8.2008) + "A.R. 19.7.2024" (en vigueur 1.10.2024)

"	590435		Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros du groupe d'urgence mobile et du transport avec accompagnement médical d'un patient vers un établissement hospitalier autre que l'établissement dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés	A	75	
		590446	Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés pour le transport avec accompagnement médical d'un patient hospitalisé vers un établissement hospitalier autre que l'établissement dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés, en vue de la fixation en urgence d'un diagnostic et/ou traitement	A	150	
	590413	590424	Installation et surveillance de respiration contrôlée, sous intubation endotrachéale ou trachéotomie et de fonction cardiaque à l'aide d'un appareil de monitoring qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme, lors du transport urgent avec accompagnement médical d'un patient dans une ambulance	A	107	

Les prestations 590472, 590435, 590446 et 590413-590424 ne peuvent être portées en compte que si le médecin qui exerce la permanence du "service mobile d'urgence" remplit les qualifications visées à l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être reconnue.

Les prestations 590472 et 590435 ne peuvent être portées en compte que si le transport urgent avec accompagnement médical se fait suite à un appel au système d'appel unifié.

Les prestations 590472 et 590435 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 590472 et 590446 sont cumulables entre elles.

Les prestations 590472, 590435 ou 590446 sont cumulables avec la prestation 590413-590424 mais pas avec la prestation 109734.

Les prestations 590472, 590435, 590446 et/ou 590413-590424 ne sont pas cumulables avec la consultation, ni avec la visite.

Les prestations 590472, 590435, 590446 et/ou 590413-590424 sont toutefois cumulables avec les prestations techniques exécutées lors du transport avec accompagnement médical.

"A.R. 10.7.2008" (en vigueur 1.9.2008) + Erratum (M.B. 13.8.2008) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)
"La prestation 590413-590424 peut également être portée en compte par un médecin, spécialiste en médecine interne , en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie, en pédiatrie, en anesthésie, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie ou en neurologie."

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007)
"**§ 3bis.** Honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés :

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

590516	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence ou pour le médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A	38	
590531	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence ou pour le médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A	38	
590553	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité spécialiste en médecine d'urgence ou pour le médecin accrédité spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A Q	38 30	+

590575	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité spécialiste en médecine d'urgence ou pour le médecin accrédité spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A Q	38 30	+
590634	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste en médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A	29	
590656	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste en médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A	29	
590671	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité spécialiste en médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A Q	29 30	+
590693	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité spécialiste en médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A Q	29 30	+
590752	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin porteur du brevet de médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A	22	

	590774	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin porteur du brevet de médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A	22	
	590796	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité porteur du brevet de médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A Q	22 + 30	
	590811	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité porteur du brevet de médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A Q	22 + 30	"

"A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	590590	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A	34	
	590612	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A	34	
	590715	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste accrédité qui y assure la permanence, avec rapport écrit	A Q	34 + 30	

	590730	Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste accrédité qui y assure la permanence, avec rapport écrit"	A Q	34 + 30	"

"A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 26.2.2023" (en vigueur 1.5.2023)
"L'utilisation des prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796 ou 590811 est réservée aux médecins qui assurent la permanence médicale dans le cadre d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés.

Le médecin-chef est coresponsable de l'attestation correcte des prestations".

"A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 26.2.2023" (en vigueur 1.5.2023) + "A.R. 25.4.2023" (en vigueur 1.5.2023)
"Le médecin-chef tient à jour une liste des médecins qui assurent la permanence dans le cadre d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec mention de leur qualification : médecin spécialiste (accrédité) en médecine d'urgence, médecin spécialiste (accrédité) porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, médecin (accrédité) porteur du brevet de médecine aiguë, médecin spécialiste (accrédité) dans l'une des treize disciplines de base visées par l'arrêté royal du 27 avril 1998, et médecin spécialiste en formation dans l'une des treize disciplines de base visées par l'arrêté royal du 27 avril 1998. "

"A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 26.2.2023" (en vigueur 1.5.2023)
"Le médecin-chef tient à jour la liste sur un document dont le contenu a été approuvé par le Comité de l'assurance et qui est transmis par voie électronique, à leur demande, aux organismes assureurs ou au Service d'évaluation et de contrôle médicaux. "

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)

"	590870	Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin spécialiste, autre que ceux mentionnés sous les numéros de code 590892 et 590914, appelé par le médecin qui y assure la permanence	C	8	"

		"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.6.2009) + "A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)			
"	590892	Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin spécialiste en médecine interne, ou en cardiologie, ou en gastro-entérologie, ou en pneumologie, ou en rhumatologie, ou en pédiatrie ou en oncologie médicale ou en gériatrie, appelé par le médecin qui y assure la permanence	C	16	"
		"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)			
"	590914	Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, ou en psychiatrie, ou en neuropsychiatrie, appelé par le médecin qui y assure la permanence	C	20	
	590951	Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin accrédité spécialiste, autre que ceux mentionnés sous les numéros de code 590973 et 590995, appelé par le médecin qui y assure la permanence	C Q	8 + 30	"
		"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.6.2009) + "A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 16.4.2024" (en vigueur 1.7.2024)			
"	590973	Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin accrédité spécialiste en médecine interne, ou en cardiologie, ou en gastro-entérologie, ou en pneumologie, ou en rhumatologie, ou en pédiatrie ou en oncologie médicale ou en gériatrie, appelé par le médecin qui y assure la permanence	C Q	16 + 30	"
		"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)			
"	590995	Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin accrédité spécialiste en neurologie, ou en psychiatrie, ou en neuropsychiatrie, appelé par le médecin qui y assure la permanence	C Q	20 + 30	"

		"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.5.2016) + "A.R. 28.7.2025" (en vigueur 1.10.2025)			
"	590833	Supplément d'honoraires pour une des prestations de la série 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796 ou 590811 lorsque la prestation est effectuée entre 21 heures et 8 heures, ou les samedi, dimanche et jour férié entre 8 heures et 21 heures	C	4	"
		"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)			
"	590855	Supplément d'honoraires pour une des prestations 590870, 590892, 590914, 590951, 590973 et 590995 lorsque la prestation est effectuée entre 21 heures et 8 heures ou les samedi, dimanche et jour férié entre 8 heures et 21 heures	C	5	"
		"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)			
"	590391	Intervention psychiatrique urgente par un médecin spécialiste en psychiatrie pour un patient âgé de moins de 18 ans	C	149	"
		"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)			
"	590450	Intervention psychiatrique urgente par un médecin spécialiste accrédité en psychiatrie pour un patient âgé de moins de 18 ans	C Q	149 + 30	

L'intervention psychiatrique urgente (590391 ou 590450) est demandée par un médecin traitant."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013)
"Elle a lieu un samedi, un dimanche, un jour férié ou après 21 heures.

Elle n'a pas lieu le jour d'une admission hospitalière.

Elle comprend la rédaction d'un dossier et d'un rapport."

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016)
"Les prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796, 590811, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995, 590391 et 590450 ne peuvent être portées en compte qu'aux conditions suivantes :"

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016)
"1° Les prestations de la série des numéros de code 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796 et 590811 sont spécifiques pour les prises en charges urgentes dans les locaux d'une fonction de soins urgents spécialisés."

"A.R. 19.7.2024" (en vigueur 1.10.2024)
"Ces prestations comprennent la surveillance continue éventuelle des fonctions vitales et non vitales à l'aide d'un appareil de surveillance qui suit au moins de façon permanente l'électrocardiogramme, ainsi que la surveillance continue de la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel. "

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013)
"Une seule de ces prestations peut être portée en compte par prise en charge, dans un même hôpital, quels que soient le nombre et la qualification des médecins qui y assurent la permanence et qui y participent à l'accueil du même patient."

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.10.2014) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
"2° Les prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796, 590811, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995, 590391 et 590450 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations de l'article 2, ni par le médecin de permanence ni par un médecin spécialiste appelé."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)
"3° Pour des patients qui ont atteint l'âge de 18 ans, les honoraires de surveillance de l'article 25, § 1er, du jour de l'admission ne peuvent pas être cumulés avec les prestations 590870, 590892, 590914, 590951, 590973 et 590995."

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.3.2013) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016)
"4° Les prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796, 590811, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973 et 590995 peuvent être portées en compte avant une admission hospitalière uniquement lorsqu'il est nécessaire que le patient ait des soins urgents et en outre que des indications médicales justifient le recours à l'utilisation d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés."

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007)
"Ces prestations ne peuvent pas être portées en compte lorsqu'il s'agit d'utiliser la fonction reconnue de soins urgents spécialisés lors d'une admission hospitalière non-urgente et planifiée, ou pour une consultation non urgente afin d'éviter le temps d'attente."

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016)
"5° Les honoraires pour le rapport écrit prévu dans le libellé des prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796 ou 590811 sont compris dans les honoraires de prise en charge dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés."

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 28.4.2025" (en vigueur 1.7.2025)
Le rapport fait partie du dossier médical du patient et il est transmis au médecin généraliste qui gère le dossier médical global, et au médecin référant.

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016)
"6° Lorsque le patient est adressé via le service 100 ou le SMUR par appel du numéro unique 100 ou du SMUR, ce mode d'adressage doit être considéré comme un envoi et une des prestations 590531, 590575, 590612, 590656, 590693, 590730, 590774 ou 590811 peut être portée en compte.

"A.R. 19.3.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022)
7° Les prestations 590590, 590612, 590715 ou 590730 sont uniquement accessibles aux médecins spécialistes et aux médecins spécialistes en formation qui bénéficient des dispositions transitoires prévues à l'article 13, §§ 2 et 3 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction “soins urgents spécialisés” doit répondre pour être agréée et ce pour la durée de ces mesures transitoires."

"A.R. 17.7.1992" (en vigueur 1.9.1992) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] + "A.R. 30.11.2003" (en vigueur 1.2.2004) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010) + "A.R. 23.1.2013" (en vigueur 1.2.2013) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.5.2022) + "A.R. 7.5.2025" (en vigueur 1.7.2025) + "A.R. 11.5.2023" (en vigueur 1.7.2023) + "A.R. 8.9.2025" (en vigueur 1.11.2025)
"**§ 4.** Les prestations n°s 239035 - 239046, 244252 - 244263, 300252 - 300263, 460154 - 460165, 460176 - 460180, 460191 - 460202, 460235 - 460246, 460250 - 460261, 460272 - 460283, 460294 - 460305, 469416 - 469420, 469431 - 469442, 469453 - 469464, 469475 - 469486, 469490 - 469501, 469512 - 469523, 469534 - 469545, 471715 - 471726, 471796 - 471800, 472393 - 472404, 474095 - 474106, 474191 - 474202, 474250 - 474261, 474294 - 474305, 474331 - 474342, 474353 - 474364, 474390 - 474401 peuvent être portées en compte par tout médecin spécialiste ou candidat-spécialiste de garde répondant au prescrit du § 3, lorsqu'elles sont effectuées dans les conditions prévues à l'article 26, § 5."